Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

3-ці год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 6—8

ЧЭРВЕНЬ—ЖНІВЕНЬ
1927

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Стр.

Общественное здравоохранение и гигиена.

Клиническая медицина.

Заметки из практики.

Обзоры.

Отчеты и корреспонденции.

Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

3-ці год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 6—8

ЧЭРВЕНЬ—ЖНІВЕНЬ
1927

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК

Минск, 1-ая гос. типография. Заказ № 3.113.—500 экз. Главлитбел № 26.290.

Общественное здравоохранение и гигиена

Заметки о здравоохранении во Франции.

(8-V—12-VI 1927 года).

М. И. Барсуков.

Нами неоднократно подчеркивалось, что медицина всегда является отражением того быта, среди которого она развивается. Естественно, что все стороны этого быта кладут на медицину свой неизбежный отпечаток.

Это особенно резко чувствуется во Франции, где социальный уклад жизни своеобразно влияет на медицинскую помощь и отражает на ней все характерные черты современного французского общества.

Конечно, краткость моего пребывания во Франции не позволяет мне дать исчерпывающего анализа всей ее лечебно-санитарной организации, но тот материал, который мне удалось собрать в Париже, и личные впечатления от целого ряда учреждений дают много интересного для сравнительной оценки здравоохранения.

Здесь я должен принести особую благодарность д-ру А. Н. Рубакину, представителю Наркомздрава во Франции, который любезно помог мне в этом.

Что из себя представляет в настоящее время Франция? Это страна мелких собственников, рантье, которые жадно охраняют свои капиталы и которые возводят свое личное благосостояние до полного культа обожания. Франция, как страна-победительница, несомненно в данный момент переживает полосу большого промышленного расцвета. После присоединения к себе Эльзаса и Лотарингии, Франция стала одной из богатейших стран по добыче железа, что в значительной степени подняло ее промышленность.

Когда вы приезжаете в Париж, вас невольно поражает тот внешний блеск, который вы видите в столице Франции, то огромное количество автомобилей, которое почти совершенно вытеснило лошадей. На ряду с развитием автомобильного движения вы видите образцовое состояние шоссейных дорог. Можно совершенно спокойно проехать на автомобиле всю Францию от Парижа до Марселя, по самым глухим уголкам и вы везде найдете ту же мостовую, что и на самой богатой, комфортабельной улице Парижа.

На ряду с промышленным расцветом, экономическое положение рабочего класса является не вполне устойчивым. Хотя и есть некоторая стабилизация франка, но это еще далеко не является гарантией твердости денежного курса, ибо опасность новой войны продолжает стоять перед рабочими Франции. Страна бешено воору-

жается, стараясь из всех сил сохранить то выгодное международное положение, которое она получила после победоносной войны с Германией. Все это создает, с одной стороны, некоторую неуверенность в завтрашнем дне у рабочего, в то же самое время как стремительный промышленный под‘ем увеличивает собственнические инстинкты буржуазии.

Надо думать, что подобное положение до некоторой степени сказывается на численном росте населения, рождаемость которого из года в год непрерывно уменьшается. Тот небольшой прирост населения, который все же имеется, происходит, главным образом, за счет притока иностранцев. Франция стала теперь для Европы тем, чем была Америка 10—12 лет тому назад, т. е. является государством, которое получает рабочую силу из других стран. Количество приезжающих во Францию иностранцев достигает 450-480 тысяч в год, т. е. соответствует тому количеству эмигрантов, которое до войны в‘езжало в Америку. Безработица во Франции искусственно поддерживается за счет пришлого населения, ибо капитализму выгодно иметь резервную армию труда для маневрирования с заработной платой. Низкая рождаемость наблюдается и среди крестьянства. Боязнь дробления своего хозяйства и стремление к самозамыканию заставляет крестьян принимать все меры к ограничению деторождения. По их понятиям, дети в лучшем случае должны лишь замещать родителей, но не больше. Другое любопытное явление, которое отмечается во Франции, это то, что смертность среди взрослых с каждым годом уменьшается. Здесь мы можем проследить интересную закономерность, как один социально-экономический фактор покрывает другой. Наблюдающееся, в среднем, относительное благосостояние и культура способствуют падению смертности, но в то же время увеличивают тенденцию к уменьшению рождаемости.

Французское правительство пытается бороться против угрозы вырождения страны, но здесь борьба не достигает цели, ибо методы и система проводимых мероприятий безусловно не правильны. Для примера, можно указать на издание закона от 3-го июля 1920 года, который карает самыми строгими наказаниями не только за производство аборта, но и за самую пропаганду противозачаточных средств. Таким образом, с точки зрения французской юстиции, публикация нашего закона о разрешении делать аборт является уже преступлением. Но это не мешает продавать торговцам всякого рода средства, предохраняющие от заражения венерическими болезнями, т. е. и от зачатия, если мы расшифруем это на медицинском языке.

Профессор Пинар внес в Палату Депутатов 29 марта 1923 года новый закон, который еще строже карал за производство аборта. Так, по этому закону предусматривается тюремное заключение не только для лица, производящего аборт (сроком от 6 лет и больше), но также и для его сообщников. Одинаково сурово наказывается и убийство новорожденного. Но как ни старается французское правительство изобретать страшные кары за аборт, количество абортируемых женщин все же растет, хотя вместе с тем абортные дела все меньше и меньше доходят до суда. Так, по расчетам французских специалистов свыше 2/3 выкидышей, которые наблюдаются в больницах, это выкидыши искусственные, не вызванные медицинскими показаниями.

Чем же об‘яснить такое противоречие закона с действительностью? А об‘ясняется это очень просто. Французские врачи нашли хороший

способ обезопасить себя изданием другого закона, который предусматривает строгое соблюдение профессиональной тайны. Поэтому все сообщения о производстве выкидышей можно трактовать, как разглашение врачебной тайны, и такой болтливый гражданин будет караться не менее сурово, чем лицо, производящее аборт. Этот пример особенно характерен для буржуазного лицемерия. Если врачи вносят закон против аборта, то это только для того, чтобы иметь формальное право сказать: „Смотрите, как хорошо мы боремся против этого социального зла". На самом деле никто не хочет заглянуть в суть вопроса и обратить внимание на те социальные условия, которые порождают аборты.

Законодательство по охране материнства во Франции составлено крайне односторонне. Им предусматривается для беременной работницы лишь право требования от предпринимателя некоторых норм по охране своего труда, но законодательство в то же время не устанавливает обязательств со стороны предпринимателя выполнять эти нормы, если работница почему либо будет молчать. И очень часто работнице приходится отказаться от такого сомнительного „права", ибо иначе, при слишком большом нажиме на хозяина, она рискует впасть в его немилость и при удобном случае быть выкинутой на улицу.

С другой стороны, обращение беременной незамужней женщины за бесплатной помощью в госпиталь бросает на нее „тень" и потому ей приходится тратить последний франк на частно-практикующего врача, чтобы сохранить свою семейную тайну.

Французское правительство пыталось также придать общественный характер борьбе за увеличение рождаемости. В 1902 г. был создан Высший Совет Общественной Гигиены и при нем Высший Совет по охране детей в раннем возрасте. Но вся деятельность этих советов ограничилась, главным образом, регистрацией частных детских учреждений.

В 1920 году был создан Национальный Детский Комитет, который стал заниматься широкой пропагандой в пользу увеличения рождаемости. На помощь правительству пошли отдельные крупные коммерсанты и филантропические организации. Так, владелец магазина „Samaritin" в Париже основал 90 премий по 25.000 франков каждая для тех семей, которые будут иметь не меньше 9 детей живых или умерших во время войны. По всей вероятности, это останется лишь красивым жестом, потому что такую семью вряд ли можно отыскать в теперешней Франции.

Делаются попытки и через снижение налогов поощрять большую рождаемость. Государственные органы проводят местные исчисления взимаемого налога обратно пропорционально количеству детей. Кроме того, законом от 23 мая 1923 года устанавливается особый вид пособия для многочисленных семей. Пособие это выдается в размере 90 франков в месяц, начиная с третьего ребенка и на каждого последующего, до 13-ти летнего возраста.

Но все эти мероприятия остаются безрезультатными, ибо они являются поверхностными, формальными, без глубокого социально-экономического подхода к разрешению столь важной социально-биологической проблемы. Только лишь коренное изменение всего уклада жизни во Франции может сыграть решающую роль в переломе, так резко выраженного индивидуально-собственнического настроения.

Высокий доход, который получает французская буржуазия со своих капиталов, не заставляет ее особенно ретиво заботиться об общих социально-гигиенических мероприятиях и придавать им государственный характер.

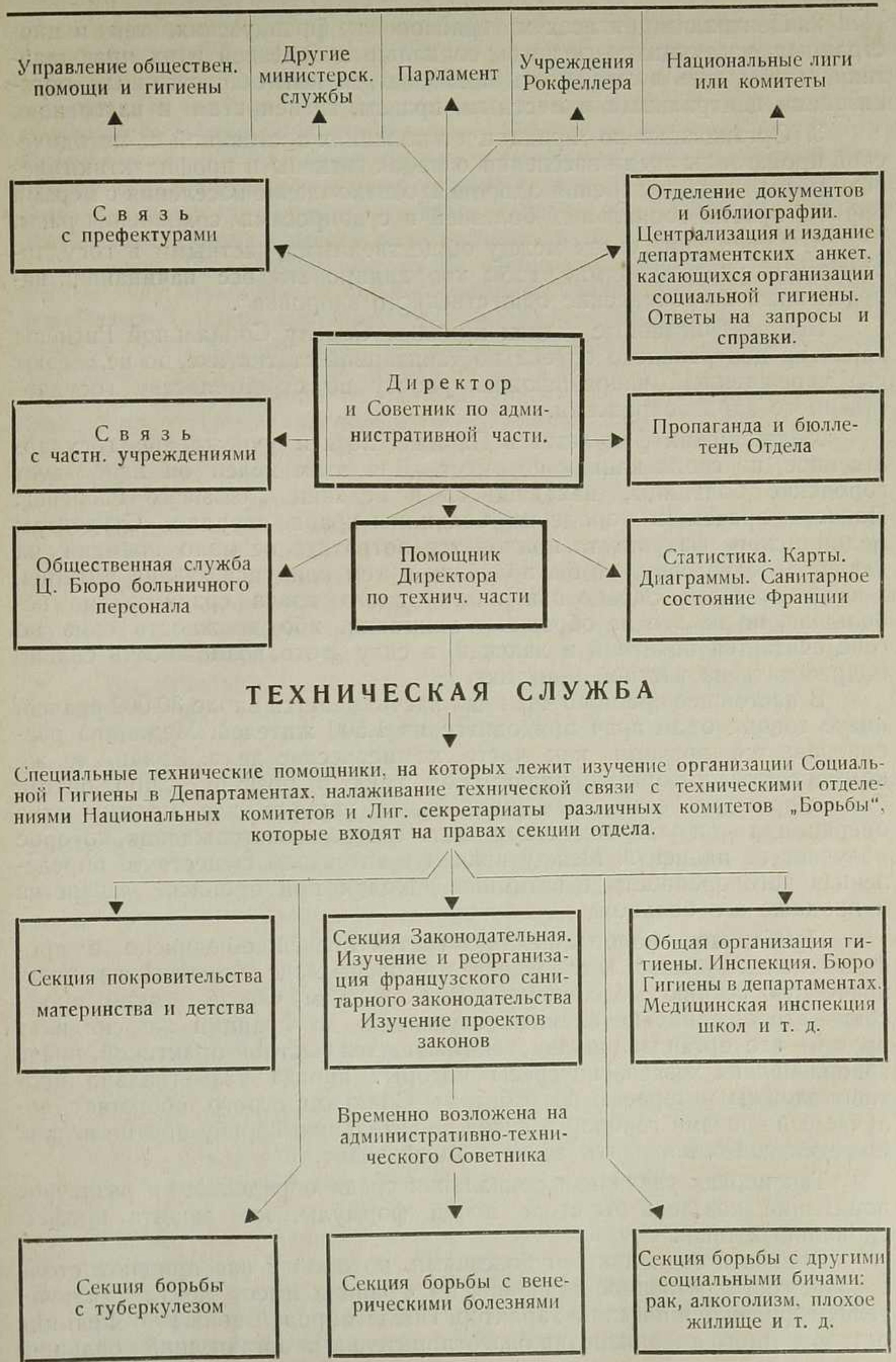
В понимании французского буржуазного общества лечение больных вкладывается в общую систему коммерческих предприятий, из которых извлекается определенная прибыль. Точка зрения, что государство должно быть заинтересовано в этом, отходит на задний план, ибо наиболее состоятельная, главенствующая часть общества всегда имеет возможность получить лечебную помощь в том виде, и в таком об'еме, как она того пожелает. Вполне понятно, что подобные условия благоприятствовали пышному расцвету частных лечебно-профилактических учреждений, которых во Франции подавляющее большинство. Эти же обстоятельства не дали возможности государству взять в свои руки и всего здравоохранения. Медико-санитарное дело во Франции не только не является государственным, но сильно раздроблено между отдельными ведомствами и частными организациями. Санитарное благоустройство находится в ведении Министерства Внутренних Дел, наблюдение за лечебными учреждениями пристегнуто к Министерству Труда. Характерно, что самая важная область медицины—борьба с социальными болезнями—почти целиком отдана в руки или частнопрактикующих врачей или благотворительных обществ. Единого плана руководства нет, и вся медицина предоставлена стихийным требованиям рынка спроса. Медицинская помощь всюду—в городе, и в деревне, как общее правило—платная. За больного платит или он сам или какая либо организация. Только в самых редких случаях, когда полиция установит бедность больного, последний принимается в больницу без всякого взноса.

Закона о социальном страховании рабочих до сего времени нет, и проект его долгие годы блуждает между Сенатом и Палатой Депутатов. Страхование зависит от доброй воли хозяина и если производится, то только от несчастных случаев за счет рабочего, а не предпринимателя. Последний принимает лишь частичное участие в нем. Самое страхование передается в частные страховые общества.

Вскоре после мировой войны и под влиянием организации у нас Наркомздрава, была сделана попытка и во Франции создать Министерство Здравоохранения. Но благим намерениям не суждено было долго жить, и Министерство быстро ликвидировалось за отсутствием базы для своей работы. Остался лишь департамент гигиены, который пристегивался в различные времена к различным министерствам и, наконец, закрепился по сегодняшний день при Министерстве Труда. Бюджет Министерства Труда и Гигиены совершенно незначителен по сравнению с другими министерствами и на здравоохранение приходится всего лишь 12.000.000 франков в год. Таких денег, конечно, было бы недостаточно, если бы к Министерству Труда не была бы присоединена еще одна получастная организация под названием: „Assistance Publique“, в ведении которой находятся все муниципальные больницы, всякого рода убежища для душевно-больных и хроников. „Assistance Publique“ располагает большим бюджетом, который составляется из всякого рода отчислений, от налогов на зрелища, а также и частных пожертвований. Отдельные элементы всей этой системы здравоохранения можно видеть из схемы, приложенной к официальному отчету о деятельности Отдела Социальной Гигиены за последний год.

Министерство труда, гигиены, помощи и социального попечения.

ОТДЕЛ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ.



Из того же самого Отчета можно видеть и те задачи, которые стоят перед этим Отделом Социальной Гигиены:

„1. Собирание и публикование материалов о санитарном состоянии Франции.

2. Централизация всех материалов как французских, так и иностранных, касающихся гигиены, социальных болезней и их профилактики, чтобы дать возможность пользоваться ими общественным организациям центральным и местным, врачам, гигиенистам и населению.

3. Организация во Франции и в колониях постоянной и методической пропаганды среди населения о мерах гигиены и профилактики, необходимых для сохранения здоровья; ознакомление населения с мерами борьбы против социальных болезней и с вопросами сохранения расы.

4. Укрепление связи между общественными, частными и государственными учреждениями, чтобы координировать все начинания, направленные на сохранение общественного здоровья".

Все перечисленные задачи придают Отделу Социальной Гигиены характер центрального органа по санитарной статистике, но не делают его учреждением, направляющим работу по строительству государственного здравоохранения.

Медицинский факультет в Париже, хотя и учреждение государственное, но своих клиник не имеет. Для этих целей он использует городские больницы, находящиеся в ведении „Assistance Publique". Попасть врачем в городские больницы крайне трудно. Студентам медицинского факультета приходится потратить не мало времени на научную подготовку, чтобы получить путем конкурса звание интерна, а затем экстерна. Заработная плата такого врача сравнительно небольшая, но на это не обращают внимания, ибо должность сама по себе считается почетной и дающей, в силу этого, возможность сильно подработать на частной практике.

В настоящее время во Франции насчитывается около 30.000 врачей, иначе говоря один врач приходится на 1.500 жителей. Медицина рассматривается врачами, как чисто коммерческое дело. Врачи—те же коммерсанты, которые продают свой труд в розницу, либо оптом. Так к примеру, если врач приглашает хирурга для производства операции, то он уплачивает ему часть своего вознаграждения, которое получает от пациента. Между врачем и аптекарем существует определенная договоренность в взаимных доходах при прописке лекарства и продаже его больному.

Приблизительно больше двух третей врачей об'единено в профессиональный союз, к слову сказать, очень мало похожий на нашу врачебную секцию медсантруда. В Советском Союзе всякий профсоюз—это об'единение наемных служащих; во Франции же синдикат врачей—это организация лиц, занимающихся частной практикой, иначе говоря мелких хозяев, интересы которых иногда диаметрально противоположны интересам потребителя. Синдикат строго оберегает получаемый врачами гонорар и ведет решительную борьбу против всяких попыток снижения платы за врачебный визит.

Так иногда различная социальная среда определяет и различное понимание казалось бы столь ясной формулы, как защита профессиональных прав.

Борьба с социальными болезнями, которой у нас придают столь важное государственное значение, во Франции имеет почти исключительно филантропический характер. После мировой войны во Франции осталось много американских благотворительных организаций с большим

хозяйственным имуществом и денежным капиталом. Здесь, конечно, решающую роль сыграла не какая-нибудь „возвышенная“ любовь к Франции, а просто было желание укрепить экономическое влияние Америки. За последние 4-5 лет Рокфеллер развил большую деятельность по линии борьбы с туберкулезом. В настоящее время по всей Франции насчитывается около 600 туберкулезных диспансеров и 265 вспомогательных лечебных учреждений, которые могут принять 38.000 больных. По мнению авторов „L'armement antituberculeux Français“, напечатанного в трудах Национального Комитета Защиты против Туберкулеза за 1926 год диспансерная организация значительно понизила смертность в окружных промышленных центрах Франции, хотя эти авторы тут же добавляют, что статистика сильно хромает, так как отсутствует обязательность регистрации туберкулезных заболеваний. К примеру, указывается на Лион, где смертность от туберкулеза в 1900 году была 354 на 100.000 жителей, теперь пала до 227. Также и в Париже кривая смертности с каждым годом неуклонно снижается. Диспансерами производится интересная система патронирования больных детей отдачей их крестьянам в деревню.

Лечение туберкулезных больных идет, главным образом, по линии физического укрепления организма. Солнце, воздух, усиленное питание—составляют основу всей антитуберкулезной терапии. Мне лично это пришлось видеть в прекрасной санатории вблизи Парижа Bligny, организованной д-ром Гинаром. Там все так приспособлено, чтобы создать домашний уют для больных, даже окраска отдельных комнат в голубой, розовый, белый и другие мягкие цвета расчитана на индивидуальный вкус. Но здесь, как и в других лечебных учреждениях Франции, портит общее впечатление деление на классы больных по степени их платежеспособности. Больные первого и второго класса получают отдельные комнаты, а ниже—уже помещаются в общие палаты. Вы невольно чувствуете, как под внешним блеском таится нездоровая классовая рознь — приспособление всего комфорта, всех удобств только к „избранной“ части общества, обеспеченной достаточным количеством франков.

Несколько в ином положении находится оказание медицинской помощи венерическим больным. Здесь мы встречаемся с явлением, совершенно недопустимым с нашей Советской точки зрения. Венерическая помощь почти целиком находится в руках частно практикующих врачей, которые из больных сделали очень выгодные об‘екты своего обогащения. Исключением на этом черном фоне представляет прекрасная попытка д-ра Артура Верн создать в Париже на научно-социальных основах Профилактический Институт и целый ряд подсобных ему венерических диспансеров.

Заболеваемость французского населения венерическими болезнями огромная. Такая болезнь, как гоноррея, считается почти нормальным явлением и около 95 проц. мужского населения Парижа ею страдает. По некоторым исчислениям французских авторов, количество сифилитиков в Париже составляет около 15 проц.

Меньше всего можно встретить такие кожные болезни, причиной которых является личная нечистоплотность. Чесотка, парша — крайне редки.

Общее впечатление, которое вы получаете от больниц, особенно новых—хорошее. Дисциплина служащих, точность распределения служебных обязанностей, чистота, а главное множество всевозможных мелочей, составляющих прекрасно приспособленную больничную обстановку—делают из больницы четко работающий аппарат. Обслуживающий

медицинский персонал составляется из трех основных категорий служащих: врач, сестра и уборщики.

Медицинская часть отделена от административной. Во главе больниц очень часто стоят не врачи, а представители тех организаций, которые эти больницы субсидируют в денежном отношении.

Вся хозяйственная служба больниц механизирована, что дает большой процент экономии штатов. Пища, как общее правило, варится на пару, посуда механически стерилизуется. Везде имеются прекрасные холодильники с искусственным охлаждением. Стирка и глаженье белья производится машинами.

Аптечное дело во Франции носит ярко выраженный коммерческий характер. Правда, аптечные работники, хотя и имеют очень высокую научную подготовку, но заветной мечтой каждого из них является желание пустить в продажу свое патентованное средство или открыть собственную аптеку.

В Париже обращает внимание огромное количество всякого рода рекламных средств. Вы можете встретить даже патентованный раствор салициловой кислоты, приготовленной по особому рецепту какого либо врача. Франция имеет много прекрасных фармацевтических заводов, как например „Clin" под Парижем, где все процессы приготовления препаратов механизированы. Проводится строгий химический и биологический контроль над выпуском в продажу медикаментов. Изыскиваются все способы, чтобы удешевить производство.

В области санитарного благоустройства бросается в глаза твердая установка на необходимость выполнения всех санитарных мероприятий, которые предлагаются врачебной наукой. Во Франции считается азбучной истиной, что когда строится дом или поселок, то в первую очередь до постройки стен приступают к закладке водопровода и канализационной сети, под'ездного пути и т. д. Канализацию и водопровод вы найдете не только в городе, но и в самых отдаленных деревнях. Также почти обязательным является для вновь строющихся квартир наличие ванны и газовой плиты.

Немного хуже обстоит дело с канализацией и водопроводом в самом Париже. Хотя и существуют прекрасные поля орошения, куда стекают все парижские клоачные воды, но с колоссальным ростом города поля орошения начинают уже отказываться от полного поглощения нечистот и часть их при переполнении сети выбрасывается непосредственно в Сену. Также начинает давать перебои и водопровод, который не будучи в состоянии удовлетворить огромной потребности воды для Парижа из загородных ключей близ Фонтенебло, иногда заимствует воду из Сены после предварительной фильтрации и хлорирования последней. Сена представляет из себя крайне загрязненную реку, и это играет немаловажную роль в том, что брюшной тиф, а особенно паратиф дают довольно часто высокие цифры под'ема заболеваний.

Многое сделано по борьбе с бешенством. Владелец собаки не может пустить ее на улицу без намордника, и вы редко можете встретить бездомную собаку. Их беспощадно уничтожают и это дало почти полную ликвидацию случаев укуса людей бешеными животными.

На этом я пока заканчиваю свои беглые заметки. Выводы, которые напрашиваются при сравнительной оценке состояния медицины у нас и во Франции будут таковы: мы при всей нашей бедности все же достигли многого, наоборот там, при всех богатых хозяйственных и

финансовых возможностях, практический эффект получается меньший, чем следовало бы ожидать, ибо средства распыляются по многочисленным организациям, не связанными друг с другом, без общего единого плана строительства здравоохранения.

Наша страна, которая при царизме почти ничего не имела для широкой специальной медицинской помощи, в данное время покрыта сетью учреждений, из которых некоторыми мы вправе законно гордиться. Нам нехватает лишь той многовековой культуры и тех материальных средств, которыми так богата Западная Европа.

Наша задача сегодняшнего дня—эту культуру с учетом новых пролетарских требований во что бы то ни стало создать и у нас, и вовсю использовать тот обширный культурный опыт, который имеется у наших западных соседей.

На путях к единой Советской медицине.

Д. В. Лифшиц.

Декретом Совнаркома в целях единства управления и большей плановости в работе органов здравоохранения Рабмеды отменены и вся ответственность за медобслуживание застрахсванных возложена на органы здравоохранения. Безусловно, этот декрет имеет и будет еще иметь большое значение для укрепления единства дела здравоохранения и его правильного планирования. Для работников здравоохранения на местах, в низовых ячейках для того или иного медработника не будет уже того раздвоения управления и руководства—мнение Губздрава или Окрздравотдела и мнение Рабмеда, которое мы имели до сих пор.

Цельность руководства постоянно нарушалась этим двоецентрием, этими двумя источниками средств здравоохранения. Наркомздрав представлялся в виде какого-то двуликого Януса, одно лицо которого будто бы больше направлено на крестьян, а другое исключительно на застрахованных. Медицинские работники были в недоумении, какому же богу служить—Окрздраву или Рабмеду (от Рабмеда получалась дополнительная еще зарплата)—и большей частью выходили из этого положения тем путем, что старались служить обоим богам, чтобы никого не разгневать.

Перед массами рабочих и крестьян также не совсем ясно было, кто является той ответственной организацией, которая берет на себя задачу по их медобслуживанию.

Указанный декрет Совнаркома по вопросу единства управления внес большую ясность и положил конец всяким политическим колебаниям.

Органы Здравоохранения являются частью системы диктатуры пролетариата (советской системы), опирающейся на союз рабочих и крестьян, и эту систему они проводят по своей линии. Поэтому неправильно и вредно было внутри органов Здравоохранения создавать в порядке управления дополнительный контроль из представителей профорганов. Необходимо, чтобы профсоюзные организации в целом стали бы ближе ко всему руководству делом здравоохранения во всех его отраслях, так как медицинское дело представляет собой одно непрерывное целое: вырывать медобслуживание застрахованных является делом искусственным.

Эта мысль, выраженная в декрете Совнаркома, опять, затуманивается новой медицинской надстройкой уже внутри органов Наркомтруда. Эта медицинская надстройка является целой системой медицинского контроля и врачебных консультантов при органах Наркомтруда и состоит из мединспектуры, врача-консультанта и доверенных врачей на периферии. К примеру, в Белоруссии предполагается иметь

от 30 до 40 доверенных врачей, с оплатой в 150—250 руб., что вместе с организационными расходами, вместе с двумя штатными единицами мединспектуры, имеющихся при Цустрахе и Окрстрахкассе и врача-консультанта, будет стоить свыше 150.000 рублей в год. Это положение—появление нового медицинского центра—создает опять средостение между органами здравоохранения, врачебными массами—с одной стороны и профессиональными массами и страховыми организациями—с другой.

Среди медицинских работников, особенно среди врачебной массы, создается опять замешательство: снова выплывает двоецентрие, органы Здравоохранения опять ставятся под подозрение, как и значительная часть врачебной массы, к которым приставляются доверенные врачи Страхкассы для контроля их деятельности.

Эта ненормальность усугубляется еще тем обстоятельством, что в большинстве случаев доверенный врач, врач-консультант и в научно-лечебном, и в общественном отношении не имеют никаких преимуществ перед другими врачами, которых они контролируют, и имеется достаточно случаев, когда доверенные врачи уступают лечащим врачам в том и другом. Если считать, что доверенный врач, врач-консультант имеет то преимущество, что они стоят на страже Страхкассы, на страже экономии ее средств, то для этого создавать институт доверенных врачей едва ли целесообразно, во-первых—как систему, а, во вторых—с точки зрения самого эффекта экономии. Как система—институт доверенных врачей уже не годится потому, что вместо того, чтобы воспитывать всю врачебную массу, находящуюся на государственной службе у рабочего государства, на вопросах экономии, на вопросах углубленного знания дела социального страхования, мы это поручаем отдельным врачам, так называемым доверенным врачам. Строго говоря, если быть последовательным и стать на точку зрения органов социального страхования, то органы Наркомфина также должны были иметь своих врачей-консультантов и доверенных врачей в каждом медико-санитарном учреждении, с целью контроля рационального расходования средств местного и госбюджета.

Вопросы рациональной постановки медобслуживания застрахованных должны быть возложены на органы Здравоохранения и НК РКИ проверяет и может проверять всю нашу работу; профсоюзные массы, профорганы и страхорганы должны нас проверять в своем повседневном опыте и также на наших отчетах пред ними. Но для этого вовсе не нужно специального дополнительного института контроля при органах Наркомтруда с огромным штатом доверенных врачей, который ведь тоже копеечку стоит.

Теперь по существу самого контроля доверенных врачей, эффекта их работы.

Главная масса доверенных врачей будет сосредоточиваться во врачебных консультациях, а во врачебных консультациях решающее мнение будет за тем врачем, который авторитетнее, опытнее, как врач, и который знает больного—это будет в большинстве случаев решающее мнение лечащего врача, врача Здравотдела, а не доверенного врача. Зачем-же тогда доверенный врач? Этот институт доверенных врачей является безусловно большим накладным расходом, в конечном счете, на дело здравоохранения, так как деньги на их содержание уже сняты с лечебного фонда по СССР в сумме 3 миллионов рублей за 4 месяца—с 1 июня по 1 сентября на содержание доверенных врачей и ВКК. Известная часть этой суммы, значительно меньшая, пойдет на содержание ВКК, остальная сумма пойдет на содер-

жание института доверенных врачей. У нас в БССР расход этот за тот же период выражается в сумме 43.900 р., из которых на содержание ВКК—13.900 р. (по данным НКЗ) и 30.000 руб. на содержание доверенных врачей.

Если доверенный врач не на своем месте, не отвечает всем требованиям Страхкассы, является только хорошим фискалом и услужающим человеком, то его вред как для больного, так и для Страхкассы колоссален, а его польза ничтожна. Если же рассматривать, что институт доверенных врачей, врачей-консультантов, медпрофинспектура, являются организациями, которые стоят ближе к застрахованным и учитывают лучше его интересы, то перед нами стоит опять тот же вопрос, что органы Здравоохранения ставятся опять под политическое подозрение, что они не могут выполнять системы диктатуры пролетариата по своей линии и им нужна нянька-контроль в виде специальной медицинской надстройки при органах соцстрахования, но это подозрение по существу есть отрыжка дореволюционной стадии социального страхования, стадии больничных касс. Иначе говоря, мертвый здесь держит живого, старая идеология переносится в эпоху диктатуры рабочего класса, когда контроль над органами диктатуры поставлен совершенно на другие рельсы, и мы фактически повторяем то же положение политической деориентировки в этом вопросе, как это было при существовании Рабмедов, которые были ликвидированы по этим же соображениям.

Профсоюзные организации всегда имеют возможность потребовать отчет от органов здравоохранения по всей линии медобслуживания как рабочих, так и других трудящихся масс; вся профсоюзная масса и его отдельные органы всегда могут проверять нашу работу; если тот или другой медработник недостаточно учитывает интересы застрахованных, поставить вопрос о его снятии и о замене его другим работником, который более соответствовал бы интересам профорганизаций.

Во всей указанной выше медицинской надстройке при органах социального страхования имеются зародыши, элементы расщепления единства дела здравоохранения. Перед медицинскими работниками, перед врачебной массой опять нет четкого, ясного единого центра руководства делом здравоохранения. Врачебная масса расщеплена. Имеются врачи страхкассы, имеются врачи органов здравоохранения; значительная часть врачей, обслуживающая застрахованных, находится под постоянной угрозой возможного, даже немотивированного отвода, с запрещением им выписывать больничный листок. Правда, эта угроза мало реальная, но она имеет для врачей большое моральное значение. В то же время, институт доверенных врачей находится в более выгодном положении в моральном отношении, так как в декрете СНК и ЦИК'а СССР о порядке приостановления временной нетрудоспособности о возможности отвода доверенных врачей со стороны органов здравоохранения не указано.

Если остановиться дальше на вопросе единства дела здравоохранения, единства его руководства и прибавить ко всему сказанному существование при Наркомтруде санинспекции труда с ее возможностью организовывать лаборатории, институты охраны труда, изучающие профвредность и профгигиену, то вы фактически получите значительную ячейку здравоохранения при Наркомтруде.

Излишне доказывать на ненормальность того положения, что вопросы санитарной охраны труда из'яты из органов здравоохранения и переданы органам Наркомтруда. Это не выдерживает критики ни

с точки зрения единства советской медицины, ни с точки зрения рациональной постановки дела санитарной охраны труда. В конечном счете, получается такое положение: первая ненормальность, что из практики работы Наркомздрава по оздоровлению труда и быта, изымается такая важная область, как санитарная охрана труда, вторая ненормальность—неизбежно создается параллелизм в работе Наркомздрава и Наркомтруда, так как Наркомздрав по существу дела вынужден и занимается вопросами изучения профзаболеваний и профвредности и Наркомтруд в свою очередь занимается изучением вопроса профвредности и профгигиены.

Наступила пора теперь в особенности, когда мы ряд традиционных установленных положений пересматриваем с точки зрения их рационализации и уничтожаем параллелизм как в работе, так и по линии расходования средств, пересмотреть также вопрос относительно передачи вопросов санитарной охраны труда в руки Наркомздрава, который занимается всем комплексом вопросов оздоровления труда и быта, куда входят вопросы санитарной охраны труда, которые и не могут быть, без значительной искусственности, из'яты из этого комплекса.

Выводы:

1. Désinfection...

2. Санинспекция труда должна быть передана органам здравоохранения как с точки зрения единства дела здравоохранения, так и с точки зрения уничтожения параллелизма в работе и расходования средств.

3. Органы здравоохранения, профсоюзные массы и страховые органы должны стать ближе друг к другу без всяких посреднических институтов, т. е. без специальных ведомственных медицинских надстроек при таких полуобщественных организациях, как органы социального страхования; все их нужды должны и могут быть обслужены органами здравоохранения.

Заболеваемость и инвалидность медицинских работников Белоруссии.

Д-р М. А. Хазанов.

Обширные и ценные исследования, произведенные научно-консультативными бюро Московского, Харьковского, Ленинградского, Саратовского и др. губотделов союза Медсантруд [1]) чрезвычайно обогатили наши сведения о профессиональных вредностях медицинского труда. Мало изученными остаются еще вопросы о текущей заболеваемости и об инвалидности медицинских работников.

По заданию Центрального Правления союза МСТ Белоруссии мы занялись изучением последних двух вопросов, использовав для этой цели преимущественно материалы Главного Управления Социального Страхования БССР. Хотя эти материалы не могут претендовать на обхват всей болезненности и инвалидности медперсонала Белоруссии, они имеют значение потому, что отмечают наиболее тяжкие случаи текущей заболеваемости и инвалидности медработников, связанные с потерей ими трудоспособности [2]). Наши материалы охватывают весь 1925 год и обнимают всех застрахованных медицинских и ветеринарных работников Белоруссии.

Всего состояло на 1-е января 1926 г. 7173 члена союза МСТ Белоруссии. Среднее количество медицинских и ветеринарных работников, занятых в течение 1925 года в органах здравоохранения и ветеринарного управления Белоруссии, составляло 5734, из них 2068 мужчин и 3666 женщин.

По отдельным профессиям они распределяются следующим образом:

Медицинских врачей . .	482	мужч.	244	женщ.	всего	726
Зубных врачей	57	„	130	„	„	187
Ветеринарных врачей . .	67	„	—	„	„	67
Лекпомов	313	„	175	„	„	488
Фармацевтов	230	„	355	„	„	585
Медиц. сестер и братьев	4	„	525	„	„	529

[1]) „Труд и быт медработников г. Москвы и Моск. губ." вып. I—IV; „Медицинские работники", Харьков 1926 г. вып. I—II; „Быт и здоровье медработника", Ленинград 1926 г. Сборн. I; В. Р. Хесин „Профболезненность медработников", Вестн. Совр. Мед. №№ 11, 12 1926 г. V.

[2]) См. также: М. Хазанов, „Заболеваемость медперсонала", Минск, „Окр.-Бел. Мед. Мысль" 1925 г. № 1—2; М. М. Тарнопольская, „Заболеваемость медперсонала", „Медработники", Сборн. I Харьков; „Заболеваемость работников мед. учрежд. г. Москвы из данных страх. касс в 1923 г.". „Труд и быт медработн.", вып. 2.

Акушерок	—	мужч.	240	женщ.	всего	240
Санитаров и санитарок .	238	„	1060	„	„	1298
Зубных техников . . .	17	„	11	„	„	28
Ветеринар. фельдшеров .	119	„	—	„	„	119
Микроскопистов	9	„	—	„	„	9
Ветеринарных санитаров	10	„	—	„	„	10
Хозяйственного и конторского персонала . .	260	„	314	„	„	574
Подсобного и технического персонала . .	322	„	652	„	„	974

По отдельным округам среднее годовое количество работающих медицинских и ветеринарных работников было следующее:

Минск . . .	1940	из них работающих на селе	357
Витебск . . .	1131	„ „ „ „ „	250
Бобруйск . .	549	„ „ „ „ „	261
Борисов . . .	263	„ „ „ „ „	69
Могилев . . .	560	„ „ „ „ „	164
Орша	341	„ „ „ „ „	174
Полоцк . . .	213	„ „ „ „ „	108
Мозырь . . .	260	„ „ „ „ „	136
Слуцк	223	„ „ „ „ „	96
Калининск . .	254	„ „ „ „ „	168
Всего	5734	„ „ „ „ „	1783

Из общего числа мед. и ветработников в течение 1925 г. переболело 442 мужч. и 1543 женщины, а всего 1985 человек или больше одной трети (34,6 проц.) всех медработников. По отдельным профессиям особенно высокая заболеваемость отмечена у медицинского и у ухаживающего персонала: санитары и санитарки дали 58 проц., сестры 52 проц., зубврачи 41 проц., акушерки 36 проц., мед. врачи и фельдшера по 34 проц. больных в течение года. Значительно меньшая заболеваемость наблюдалась среди прочих групп: подсобный персонал 20 проц., хозяйственно-канцелярский 16 проц., ветврачи 12 проц., фармацевты 9 проц., ветф-ра 6 проц. Городские работники обращались чаще за пособием по временной утрате трудоспособности (40 проц.), чем сельские работники (всего 21,5 проц.).

Замечалась также различная заболеваемость в разных округах: в Минском 39 проц., Бобруйском 43 проц., Слуцком 32 проц., Борисовском 50 проц., Мозырском 30 проц., Витебском 29 проц., Могилевском 28 проц., Оршанском 28 проц., Полоцком 25 проц. и Калининском 18 проц. общего количества медработников.

В течение года болело больше одного раза 349 чел. из числа всех больных или 17 проц., при чем особенно часто болели мед. сестры: 25 проц. всех больных сестер переболело в течение года от

2 до 5 раз; затем врачи—20 проц. и, наконец, санитарки 14 проц. В абсолютных цифрах количество раз болезни или случаев болезни по отдельным профессиям распределяются следующим образом:

	1 раз болело		2 раза	3 раза	4 раза	5 раз	6 раз	Всего переболело	
Врачи . . .	200	чел.	34	11	2	—	—	247	чел.
Зубврачи . .	66	„	6	3	1	—	—	76	„
Ветврачи . .	7	„	—	—	—	—	—	7	„
Ф-ра мед. . .	149	„	13	4	—	—	—	166	„
„ вет. . .	7	„	—	—	—	—	—	7	„
Сестры . . .	204	„	60	8	3	1	—	276	„
Акушерки . .	69	„	14	2	—	—	—	85	„
Санитар. . .	626	„	90	26	5	5	1	753	„
Надзир. . .	7	„	3	2	—	—	—	12	„
Хоз. перс. .	72	„	14	5	1	—	—	92	„
Подс. персон.	169	„	24	2	—	—	—	195	„
Фармацевты .	47	„	5	—	—	—	—	52	„
Зубтехники .	6	„	2	1	—	—	—	9	„
Дезинфекторы	7	„	1	—	—	—	—	8	„
	1636	„	266	64	12	6	1	1985	„

Медработники не только часто болели и давали большой процент заболеваемости, но и течение болезни носило у них более тяжелый и затяжной характер. В то время, когда средняя продолжительность одного законченного случая болезни у застрахованных Белоруссии составляет всего 9,3 дней [1]), у медработников средняя продолжительность одного случая составляла 17,5 дней.

По отдельным же медицинским профессиям средняя продолжительность одного случая болезни показывает разные колебания: Ветеринарные врачи болели особенно тяжело, средняя продолжительность одного случая болезни у них была 43 дня. Большая продолжительность отмечается также у фельдшеров и фельдшериц—23 дня болезни, у медицинских врачей—22 дня, у акушерок—21 день, у зубврачей—19 дней, у сестер—17 дней, у санитарок—16 дней и значительно меньшая продолжительность наблюдалась у административно-канцелярского персонала—15 дней, у подсобного персонала—12 дней и наиболе короткая у фармацевтов [2]), всего только 8 дней. Сельские медработники значительно дольше (21,1 день) болели, чем городские (16,6 дней). В то время, как городские врачи давали в среднем 16 дней на один случай болезни, у сельских врачей один случай болезни затягивался в среднем на 30 дней, сестры городских лечучреждений 16 дней, а сельских 27 дней и т. д. Эту разницу в про-

[1]) М. А. Хазанов. Заболеваемость застрахованных по Белоруссии. „Бел. Мэд. Думка". № 10—11—1926 г.

[2]) Д-р М. А. Хазанов. Заболеваемость мед. персонала Минск. Округа „Бел. Мэд. Думка" № 1—2.

должительности болезни, очевидно, следует отнести за счет того, что медработники села в более легких случаях болезни не обращались вовсе за пособием по болезни и замещали или друг друга или продолжали чаще всего работать, но зато когда уже заболевали, то уже очень тяжело и серьезно, как и увидим ниже.

Случаев болезни с краткосрочным течением от 1 до 3 дней отмечено всего 29 проц., от 4 до 7 дней—20 проц., от 8 дней до 2-х недель 20 проц., от 2-х недель до 1 месяца—20 проц., от 1 месяца до 2-х месяцев—12 проц., а свыше двух месяцев до 6-7 месяцев—4 проц. Как видим 36 проц. протекало особенно тяжело, продолжаясь дольше 2-х недель, а 16 проц. даже дольше 1 месяца. Особенно затяжные случаи болезни отмечаются у медицинских врачей, у которых на 100 случаев болезни 26 продолжались свыше 1 месяца, затем следуют зубврачи и ф-ра—20 проц., сестры—16 проц., акушерки 15 проц. Менее продолжительны они были у санитарок, из которых только 10 проц. болело дольше 1 месяца, еще меньше у хозяйственного и подсобного персонала—8 проц., а совсем мало у фармацевтов.

При сопоставлении заболеваемости медработников Белоруссии с заболеваемостью прочих застрахованных по Белоруссии [1]) получается, что медработники в среднем реже обращались за пособием по болезни, чем рабочие промышленных групп, но зато болели они не менее, если не более тяжело, чем последние. По отношению же к работникам других непроизводственных групп (работн. просвещ., совторгслужащие, работники народной связи, обществ. питания, коммун. хоз. и транспорта и т. п.) работники здравоохранения давали не только более повышенную продолжительность случаев болезни, но и более частую заболевамость. На 1000 застрахованных в Белоруссии в 1925 г. приходилось в среднем 816 случаев и 7752 дней болезни, в непроизводственных группах приходилось на 1000 застрахованных всего только 297 случаев и 2970 дней болезни. Мед. и ветработники дали в течение 1925 г. всего 2404 случая болезни и 41.950 дней нетрудоспособности, что составляет 417 случаев и 7314 дней болезни на 1000 застрахованных медветработников. Медицинские работники, привыкшие к болезням, очевидно значительно реже обращаются за лечением своих страданий, меньше уделяют им внимания, особенно это относится к врачам и ф-рам которые, как подмечено Харьковскими исследованиями заболеваемости медперсонала [2]), лечатся часто „на ходу". Младший и средний медперсонал, пользуясь неофициальной медпомощью врачей, с которыми они работают, также меньше обращаются за медпомощью и за освобождением от работы по болезни. Такое отношение к своим заболеваниям приводит нередко к тому, что болезни медработников протекают, как запущенные уже более затяжно.

К тому-же тяжесть и продолжительность заболевания у медицинских и ветработников обусловлены еще теми болезнями, которым они подвергались и которые они переносили. Среди этих болезней первое место занимают эпидемические заболевания—25,7 проц. всех случаев болезни медицинских работников, у прочих же застрахованных они составляют 15 проц. Второе место занимает среди болезней медработников туберкулез—12,4 проц., у прочих застрахованных только 6,5 проц.; затем болезни нервной системы 7,8 проц., болезни

---

[1]) М. А. Хазанов. Заболеваемость застрахованных по Белоруссии.

[2]) Сборник „Медиц. Работник" Харьков, вып. I, 1926 г. ст. Тарнопольской. Заболеваемость медицинского персонала стр. 97.

органов дыхания 7,6 проц., болезни половой сферы 7,2 проц., болезни сердца и сосудов 7,2 проц., болезни кожи 7,9 проц., болезни пищеварения 10,6 проц., расстройства питания 4,6 проц. и травмы 3,4 проц.

Вспышка тифозных заболеваний в ряде округов Белоруссии, особенно в сельских местностях [1]) дала большую заболеваемость ими медперсонала. Из всех 332 случаев заболевания тифами, отмеченных в 1925 году [2]) среди всех активно-застрахованных Белоруссии, 79 или 24 проц. приходится на медработников. А из общего количества этих 79 случаев 45 или 57 проц. отмечены исключительно у сельских медработников тех округов, где свирепствовали сыпно и брюшно-тифозные заболевания: в Калининском, Могилевском, Оршанском и др. окр.

По отдельным категориям заболело:

	В городах		В сельских местностях	
Врачей . всего	8 чел.	или 1,5 на 100	4	или 2,16 на 100
Лекпомов „	1 „	0,6 „ „	11 „	3,5 „ „
Сестер . . „	11 „	2,3 „ „	4 „	7,5 „ „
Акушерок „	1 „	1,3 „ „	3 „	2 „ „
Санитарок „	11 „	1,14 „ „	20 „	4,7 „ „
Подсобн. перс. . „	1 „	0,01 „ „	3 „	1,2 „ „

В некоторых округах, в ряде районов отмечается сплошное заражение всего медперсонала, при чем, как видим, особенно высокая заражаемость наблюдалась у медперсонала, соприкасавшегося с больничным материалом и стационарными больными (у сестер и санитарок [3]). Поражаемость медперсонала в городах оказалась также высокой, превосходя таковую в Ленинграде (см. статью А. Антоновского. Заболеваемость брюшным тифом медперсонала в эпидемию 1925 г. в Ленинграде. Сборник „Быт и здоровье медработника") в отношении брюшного тифа, который дал в городах Белоруссии 41,4 больных на 10.000 медработников, против 27,6 в г. Ленинграде.

Из других эпидемических заболеваний следует отметить 11 случаев скарлатины, 4 случая дифтерита, 8 случаев рожи, 3 случая кори и большое количество случаев малярии. Всего эпидемических остро-заразных заболеваний, за исключением гриппа, было отмечено 199 или 8,3 проц. всех случаев заболеваний.

Грипп, протекавший эпидемически в Белоруссии в 1925 году, дал меньшую заболеваемость среди медперсонала, чем среди промышленных категорий рабочих, очевидно, в силу вышеуказанных причин. Всего случаев гриппа отмечено 407 или 69,6 на 1000 медработников в год против 82 на 1000 у прочих застрахованных Белоруссии.

Зато значительно больше наблюдалось туберкулезных больных среди медперсонала, превосходя даже заболеваемость tbc рабочих

---

[1]) Д-р С. Дихтяр и Др. Б. Смулевич. Справочник по медико-санитарной сети Белоруссии. Минск 1926 г. В. Казанская. Обзор эпидемического состояния БССР. „Бел. Мэд. Думка" № 1-2—1925.

[2]) М. Хазанов. Заболев. застрах. Бел.

[3]) См. также ст. В. И. Бинштока. Заболеваемость сыпным тифом мед. и административного хоз. перс. Сборник „Быт и здоровье медработника". Ленинград 1926 г.

некоторых вредных производств (хим., обработка минер. вещ., деревообрабатыв.). На 1000 медработников имеется 52 активно-туберкулезных больных, которых болезнь лишала трудоспособности по многу раз в течение года [1]). Мужчины деревообратывающей промышленности давали 48 случаев (а не больных) на 1000 застрахованных, женщины в стекольной промышленности 31 случай, женщины на спичечных фабриках 52 случая на 1000 застрахованных. Как видим количество туберкулезных больных с некомпенсированными процессами весьма значительно среди медицинских работников. Также значительно количество нервных и душевных болезней: 181 человек или 3,2 процента всех медработников, а на 100 больных—7,8. Из общего количества нервных болезней имеется 54 больных неврастенией (30 проц.), 19—истерией (11 процентов), большое количество больных ишиасом—50 человек (28 проц.), преимущественно наблюдавшийся среди ухаживающего персонала, 9 больных невритами и полиневритами, в некоторых случаях в связи с перенесенными инфекционными заболеваниями, 1 случай полиомиэлита, возникшего у одного ветврача на почве бывшего укуса бешеной собаки во время работы [2]), несколько случаев органич. заболевания мозга, 13 психозов (7,2 проц.) и 4 случая наркомании среди врачей и лекпомов. Среди больных с сердечно-сосудистыми расстройствами отмечается значительное количество больных пороком сердца: 39 больных из всех 111 или 35,3 проц., особенно же много этих болезней среди врачей. Среди болезней дыхательных путей отмечается громадное количество случаев ангины 138 (56,8 проц.) и большой процент пнеймоний (51 случай или 21 проц.) из общего количества болезней дыхательных органов. Болезни пищеварительного тракта, занимая видное место среди прочих болезней медперсонала, отличаются наличием большого числа аппендицитов (53 из 256 случаев), наблюдавшиеся среди ухаживающего персонала и, очевидно, связанные с профвредностями работы; наблюдалось также 13 случаев желчных колик и 11 случаев язвы желудка. В общем желудочно-кишечные болезни медперсонала, занимая меньший процент, чем у прочих застрахованных Белоруссии, отличается особенно своим большим количеством тяжелых болезней желудочно-кишечного тракта. В болезнях половой сферы первое место занимают S-ophorit'ы (41 случай из 169,) затем следуют маточные кровотечения и расстройства месячных, преимущественно среди ухаживающего персонала и, наконец, большое количество естественных выкидышей (26) и преждевременных родов. Среди болезней кожных покровов преимущественно имеются нарывы, чирии, абсцессы, при чем главным образом они имели место у санитарок и у подсобного персонала. На последних приходятся и травмы. Следует еще отметить имевшие место 9 случаев укуса бешеными животными 2 медврачей, 2 ветврачей, 1 вет ф-ра, 1 ф-ра и 2 санитарок и, наконец, 9 случаев венерич. болезней: 6 случаев острой гонорреи и 3 случая первичного Lues'a. Венерические болезни наблюдались в 7 случаях среди санитарок и в 2-х случаях среди среднего персонала.

Сопоставляя цифры заболеваемости отдельных медицинских профессий между собою и с общими показателями заболеваемости всех медицинских и ветеринарных работников мы получаем следующую картину (см. табл. на стр. 22):

---

[1]) В отношении туберкулеза. сердечно-сосудистых заболеваний, нервных болезней, новообразований и вен. болезней нами учтены не случаи болезни, а количество лиц, страдающих ими. Так что эти данные показывают болезненность.

[2]) Е. А. Федорова. Записки Бел. Гос. Университета 1925 г.

На 100 больных по отдельным медпрофессиям приходится:

НАЗВАНИЕ БОЛЕЗНЕЙ	ВРАЧИ			З/врачи	с/м	Ак.	ФЕЛЬДШЕРА			Фарм.	Санит.	Проч. перс.	Всего
	м.	ж.	о. п.				м.	ж.	о. п.	о. п.	о. п.	о. п.	о. п.
Болезни эпидем.													
Грипп	20	12,2	18,8	16	14	13,5	6	10	7	40	17,4	17	17,4
Тифы	2	8,6	4	2,2	4,7	4,2	8,2	9	7	—	2,9	1,2	3,3
Скарлатина	0,4	1,2	0,6 } 24,6	3,1 } 22,4	1,5 } 22,9	— } 23,9	—	—	— } 21,2	—	0,4 } 25,5	— } 21,2	0,5 } 25,7
Малярия	0,4	—	0,3	—	0,3	1,0	2,4	6,6	5	—	2,3	1,2	1,7
Проч. эпид. бол.	0,4	2,3	0,9	1,1	2,4	5,2	—	4,4	2,2	—	2,5	1,8	2,8
Туберкулез	11	11,5	11,2	12	11,7	7,3	15	10	12	—	7,8	5	9,2 } 12,4
Катарр верх.	—	—	—	5,3	4,9	3,1	3,6	1	2,2	20	2,9	3,8	3,2
Новообразования	0,4	1,2	0,6	—	—	1	—	—	—	—	0,2	0,3	0,2
Бол. сердца и сосудов	12,8	8,6	11	3	4,9	6,3	8,4	10	9,2	10	2,8	3,8	4,8
Расстройства питания и обмена веществ	2,9	3,7	3,1	12	6,0	4,2	6,0	4,3	5,2	2,5	3,4	4,8	4,6
Бол. орг. дыхания	14,5	8,6	12,1	13	9,4	8,3	10,4	9	10,2	—	10,9	15	7,6
„ „ пищевар.	10,6	12,5	11,7	5,3	9,4	14,6	15,6	6,4	12	10	10,1	13	10,6
„ нервной системы	10	5	8,7	7,4	8,8	6,3	9,7	11	10,5	7,5	4,5	7,1	7,8
в том числе наркомания	1,2	—	0,9	—	—	—	0,6	—	—	—	—	—	0,16
Бол. мочев. органов	2,7	2,5	2,7	3	2,4	3,1	3,7	1	2,2	2,5	1,6	0,9	2,0
„ половых „	0,4	11,2	3	3	6,0	11,45	-	5,5	3	2,5	9,4	7	7,2
„ орг. зрения	1,2	1,2	1,2	—	0,8	—	—	—	—	—	0,8	2,1	1
„ „ слуха	0,8	—	0,6	—	1,4	1	—	—	—	—	0,6	0,5	0,8
„ „ движения	2,1	1,2	1,6	4,2	0,8	2,1	3,7	1	2,2	2,5	1,6	1,2	1,6
Болезни кожи	3,3	3,7	3,6	7,4	5,3	4,2	3,7	7,6	6	2,5	9,2	10	7,9
Венерич. бол.	—	—	—	—	0,3	—	1	—	0,5	—	0,8	—	0,4
Травмы	2,5	2,5	2,5	1	2,6	—	3,7	3,3	3,4	—	4,7	4,4	3,4
Прочие болезни	0,6	1,3	0,9	—	3,2	3,1	—	—	—	—	3,2	—	2
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Медицинские врачи дали повышенную заболеваемость по гриппу и туберкулезу и особенно по заболеваниям органов кровообращения, дыхания и болезням нервной системы и женской половой сферы. На 100 случаев заболеваний у врачей приходится 18,8 случаев гриппа, 12,1 бол. органов дыхания, 11,2 случаев tbc, 11 болезней сердечно-сосудистой системы и 8,7 нервной системы.

Разбирая же по отдельным заболеваниям на 100 медработников приходится:

Заболевания	Врачи	Средн. персонал	Прочий персонал.
Болезни органов дыхания . .	5,5	5,3	5,3
Туберкулез .	5	7,2	4,3
Бол. сердца и сосудов . .	5,1	3	1,4
Бол. пищев. тракта . .	5,4	5,4	4,6
Бол. нервной систеты . .	4	4,1	2,3
Заболевания женск. пол. сферы . .	4,1	3,9	4

Сопоставляя заболеваемость медицинских врачей с заболеваемостью среднего и прочего медицинского персонала, мы должны отметить большую поражаемость сердечно-сосудистой системы у медицинских врачей, чем у прочих медработников. Обстоятельство это уже подчеркнуто и данными Московских, Харьковских, Саратовских и др. исследований. Очевидно, большую ранимость сердечно-сосудистой системы у врачей следует отнести за счет перенесенных инфекциий, следствием которых они являются. Большой же процент инфекционных заболеваний, перенесенных врачами Белоруссии, нам уже удалось установить[1]). В некоторых из отмечаемых нами случаев у врачей за 1925 г. установлена также связь между развившимися расстройствами сердечной деятельностью и перенесенными ими в 1925 г. тифозным и суставным заболеваниями.

При сравнении возрастных показателей больных сердечно-сосудистыми заболеваниями среди разных медицинских групп отмечается в возрастных группах старше 30 лет больше больных среди врачей, чем среди прочих групп.

Больные сердечно-сосуд. болезнями	20-30 лет в проц.	31-40 лет в проц.	41-50 лет в проц.	Старше 50 лет в проц.
Медицинские врачи . .	24	33	30	13
Средний персонал . .	47	30	20	3
Прочий персонал . . .	50	25	13	12

---

[1]) См. Быт и условия труда сельских врачей Белоруссии. Бел. Мед. Думка т., 2 № 3—1925 г.

Следует еще подчеркнуть, что в то время, как у врачей отмечены преимущественно тяжелые органические заболевания сердца, у других групп преобладают сосудистые заболевания (флебиты, лимфадениты) и неврозы сердца. Этим обусловлено и более затяжное течение этих болезней у врачей. На один случай болезни сердечно-сосудистой системы у врачей приходится в среднем 40 дней, у среднего персонала только 22 дня, а у прочего 23 дня.

Такое же более тяжелое течение имеют и нервные болезни у врачей, на 1 случай приходится в среднем у них 26 дней, у среднего же персонала 17 дней, а у прочего только 14 дней. По количеству же случаев заболеваемости расстройством нервной системы почти одинаковая, у среднего персонала и врачей. Высокий проц. этих болезней у обоих этих групп следует, очевидно, поставить в зависимость от исключительных условий мед. работы этих групп. Среди болезней нервной системы у мед. врачей преобладают функциональные заболевания (неврастения), но отмечено также несколько случаев органич. заболеваний. Относительно много отмечается случаев ишиаса и невралгии. Особого внимания заслуживает наличие нескольких (3) случаев наркомании с такими явлениями, которые сделали этих врачей нетрудоспособными; эти 3 случая отмечены у участковых врачей. Количество наркоманов среди врачей Белоруссии надо полагать значительно больше.

Болезни органов дыхания, занимая видное место среди болезней медврачей, отличаются обилием ангин и пнеймоний, наблюдавшихся преимущественно у врачей районной помощи на дому в городах и у участковых врачей, что не может не быть поставлено в связь с условиями труда этих врачей.

Туберкулез у врачей давал довольно высокие показатели, хотя у среднего медперсонала он оказался еще выше и с более затяжным течением (у врачей в среднем 1 случай tbc продолжался 20 дней, у среднего же персонала 30 дней).

Медсестры показывают огромную заболеваемость туберкулезом 16,6 проц., болезнями нервной системы 8,8 (среди которых на ряду со значительным количеством функциональных заболеваний имеется много невритов и случаев ишиаса), малокровием 6 проц., болезнями органов пищеварения 9,4 проц. (среди них много случаев аппендицита), болезнями кожи и кожной клетчатки 5,3 проц. Особенно же много среди сестер случаев острозаразных заболеваний, при чем и течение их было очень тяжелое, в среднем 31 день на один случай.

Фельдшера и ф-цы занимают первое место по количеству случаев тифа 7 проц. и малярии 5 проц., заболеваний сердечно-сосудистой системы 9,2 проц. и по расстройствам нервной системы 10,5 проц. По тяжести течения острозаразных болезней они также занимают первое место среди прочих групп медтруда, давая 47 дней на 1 случай белезни.

Среди акушерок преобладают заболевания пищеварительного тракта 14,6 проц. на 100 больных и половой сферы 11,4. Заслуживает внимания относительно большой проц. случаев острого полиартрита. Обострение хронич. ревматизма у них, наблюдавшийся почти исключительно у участковых акушерок, должно быть поставлено в некоторой зависимости от условий работы акушерок, связанной с раз'ездами.

Группа санитаров и санитарок дает пониженные показатели по tbc, нервным и сердечно-сосудистым заболеваниям, но зато занимает первое место по количеству случаев болезней кожи, каковых на

100 больных приходится 9,2. Значительно также количество случаев болезней половой сферы, среди которых самое большое число приходится на расстройство месячных и маточные кровотечения. Обращает внимание наличие большого процента травм—4,8 проц. Повидимому, последние и болезни кожи находятся в зависимости от условий их труда. Нельзя не отметить также наличия (0,8 проц.) венерич. болезней среди санитарок.

Среди административно-хозяйственного персонала первое место занимают болезни органов дыхания—15 проц. (преимущественно ангины), затем болезни желудочно-кишечного тракта—13 проц. А по количеству болезней кожи и подкожной клетчатки они занимают первое место среди всех остальных медгрупп—10 проц. По остальным же болезням они дают пониженные показатели.

Зубные врачи занимают в отношении туберкулеза третье место среди всех остальных групп, давая 17,3 случая на 100 больных зубврачей и со средней продолжительностью одного случая в 25 дней. Очень высоки также проценты больных зубных врачей расстройствами питания (малокровием)—12 проц., болезнями органов дыхания (ангины)—13 проц. и болезнями кожи (дерматиты, нарывы и т. п.). Заслуживают также внимания отмеченные среди зубврачей 3 проц. скарлатины, имевшие место у участковых зубврачей. Все эти болезни должны быть поставлены в зависимость от условий и профвредностей их труда.

Ветработники давали малые показатели заболеваемости, но зато заслуживают интереса сами болезни ветработников. Среди этих болезней имеется уже отмеченный 1 случай полиомиэлита у одного ветврача на почве бывшей Lyssa и еще 2 случая укуса бешеными животными в 1925 г.

Фармацевты, давая малые показатели заболеваемости с потерей трудоспособности, показывают большой проц. больных активным катарром верхушек, по которым они занимают первое место среди прочих медгрупп. На 100 больных у них приходится 20 больных субкомпенсированными катаррами верхушек. Они занимают также первое место по количеству случаев гриппа—40 случаев на 100 больных.

Малое количество случаев болезни и малочисленный состав остальных медгрупп (зубтехники, дезинфекторы и т. п.) не позволяют нам делать выводов об их заболеваемости.

Особо вредные условия работы в некоторых специальных лечучреждениях заставляют нас обратить внимание на заболеваемость занятых в них медработников и на сравнение их с общими показателями заболеваемости медработников Белоруссии.

К числу этих учреждений относятся тубдиспансеры, психолечебницы и заразные больницы.

В тубдиспансерах Белоруссии отмечаются чрезвычайно высокие показатели больных активно-туберкулезными процессами среди служащих, во много раз превосходящие показатели туберкулеза среди всех медработников и с более зятяжным течением этих процессов, чем у прочих медработников. Эта высокая заболеваемость невольно вызывает мысль о влиянии экзогенной реинфекции[1]) если даже допустить, что тубработники поступили на службу в тубдиспансеры, уже будучи больны tbc.

---

[1]) См. статью Морозовского—„Заболевамость медперсонала туберкулезом“ в сборн. „Мед. Работники“. Вып. I. Харьков 1926 г.

На 100 медработников приходится:

	В тубдиспансерах		У всех медработн.	
	Количество больных	Продолж. одного случая болезни	Количество больных	Продолж. одного случая болезни
Туберкулез легких . .	36	40 дней	5,1	27,8 дней

В психолечебницах Белоруссии наблюдается повышенная заболеваемость медперсонала: 68 проц. всего персонала переболело в течение года. Среди болезней работников психолечебниц первое место занимают нервные болезни (особенно много случаев ишиаса), затем tbc, травмы и болезни женской половой сферы (особенно много случаев маточных кровотечений и естественных абортов).

На 100 больных приходится:

Заболевания.	В психо-лечебницах		В прочих леч-учреждениях
Нервные болезни . . .	19		7,8
Tbc легких	16,4		12,4
Травмы	11		3,4
Естественные аборты и преждеврем. роды . .	8	14,3	7,2
Маточные кровотечения .	6,3		
Болезни кожи	6		7,9

У служащих заразных больниц отмечается повышенная заболеваемость заразными болезнями и значительный процент туберкулезных больных.

Заболевания	На 100 больных медработников приходится			
	В заразных б-цах		Во всех леч-учреждениях	
Брюшной тиф . .	6	10		3,3
Сыпной тиф . . .	2			
Паратиф	2			
Дизентерия . . .	2.5	8.4		5
Скарлатина . . .	2			
Корь	1,2			
Рожа	1.2			
Малярия	1.5			
Туберкулез . . .	11,8		9,2	
Забол. нервной системы .	8,6		7,8	

Повышенная заболеваемость медработников в этих специальных лечучреждениях должна быть поставлена в зависимость от специфи-

ческих вредных условий труда этих учреждений, при чем очевидно специфичные факторы каждого из этих типов учреждений отражаются соответственно на состоянии здоровья занятого там медперсонала. В тубучреждениях высокая заболеваемость tbc, очевидно вследствие реинфекции. В психолечебницах огромное количество нервных больных, травм и болезней половой сферы из-за условий труда. В заразных больницах, вследствие большой контагиозности, огромное количество больных инфекционными болезнями в большей мере, чем в других лечучреждениях.

Переходя к вопросу об инвалидности медицинских работников Белоруссии по материалам страхкасс, мы должны заранее оговориться, что эти материалы не могут нам дать полной картины действительной инвалидизации медперсонала, хотя изучение инвалидности возможно исключительно на основании материалов страхкасс [1]). Недостаточно полная картина инвалидности нашим материалам обусловлена тем, что медперсонал, в частности высший, переходит на обеспечение страхкасс только уже в крайних случаях потери психических или физических способностей к выполнению своей обычной профессии деятельности и работы по найму [2]), так как нормы обеспечения инвалидов до июля 1925 г. оставались слишком мизерными и не удовлетворяли среднего прожиточного минимума медработника. (С введением новых норм мы наблюдаем больший переход медработников на пенсию по инвалидности). Наши данные поэтому показывают уже крайние случаи потери трудоспособности медработников не только к работе по своей профессии, но и вообще к труду, что подтверждается данными возрастных отношений и категорий инвалидности медработников, как увидим ниже.

Всего инвалидов труда среди медицинских работников состояло на 1 января 1926 г. 127 человек, из них 59 мужчин и 68 женщин, что составляет к общему количеству работающих медработников всего 2,2 проц., в то время, когда таковых приходится по всей Белоруссии по отношению ко всем застрахованным 3,2 проц. Однако же эта пониженная инвалидность вовсе не обусловлена малой или пониженной вредностью медтруда, а как видно из сравнения возрастных групп инвалидов медработников и других инвалидов труда Белоруссии, медработники переходят на инвалидность, только тогда, когда уже окончательно становятся нетрудоспособными, хотя уже в возрастах до 30 лет и от 40 до 49 лет они дают уже бо́льшие коэффициенты инвалидности, чем другие группы.

Распределение инвалидов по возрастам в процентах:

	до 30 лет	30—39 лет	40—49 лет	50—59 лет	60—69 лет	70 и более	Средний возраст
Все инвалиды . . .	5,8	7,1	10,8	21,3	37,6	17,4	57
Все инвалиды б. служащие .	4,9	6,8	10,3	23,3	37,3	17,3	56,8
Инвалиды медработники .	7,3	6,5	13,8	16,3	36,6	19,5	56

[1]) Ewald,—Soziale Medizin Bd II; С. Каплун—Санитарн. статистика труда; И. А. Вигдорчик,—Инвалидность.

[2]) См. определение инвалидности в книге Антона Бума—Учение о несчастных случаях. Кузятин—Обеспечение в порядке социального страхования. Проф. И. А. Вигдорчик—Методика врачебно-страховой экспертизы.

Это видно также при сопоставлении группы инвалидности медработников с другими застрахованными.

На 100 инвалидов труда приходится по Белоруссии:

Категории инвалидн.	Среди всех инвалидов		Среди инвалидов б. рабочих		Среди б. медработников	
I категория . .	10,4	69	9,6	67,7	14,3	74.6
II „	57.6		58,1		60,3	
III „	32		32,2		25,4	

Инвалиды труда, бывшие медработники, находящиеся на обеспечении страхкасс больше других групп, являются совершенно нетрудоспособными (I и II категории инвалидности) и даже в большем проц. совершенно беспомощны и нуждаются в постороннем уходе (I категория инвалидности). Медицинские работники, перешедшие на инвалидность, являются окончательно изношенными. По среднему стажу работы в лечучреждениях наши инвалиды занимают видное место: средний стаж работы в лечучреждениях у мужчин 27 лет, а у женщин 17 лет.

Из общего количества 127 инвалидов труда приходится по отдельным медицинским профессиям:

	Всего инвалидов			На 100 работающих: муж.	жен.	о. п.
Врачей . . .	7 м.	1 ж.	всего 8	1,46	0,41	1,1
Ветврачей . .	2 „	—	„ 2	3	—	3
Фельдшеров . .	42 „	2 „	„ 44	14,3	1,1	9,0
Акушерок . .	—	18 „	„ 18	—	7,3	7,3
Ветфельдшеров .	3 „	—	„ 3	3,0	—	3,0
Фармацевтов .	2 „	2 „	„ 4	1	0,6	0,7
Сестер . . .	—	15 „	„ 15	—	2,7	2,7
Надзирателей психолечебниц . .	—	4 „	„ 4	2,5	2,9	2,9
Санитаров . .	3 „	26 „	„ 29			

Самое большое количество инвалидов труда приходится среди фельдшеров мужчин 14,3 проц. и среди акушерок 7,3 проц.; значительно меньше среди ветфельдшеров 3,4 проц., ветврачей 3 проц., сестер 2,7 проц., санитарок 2,9 проц., врачей 1 проц. и среди фармацевтов 0,7 проц.

По месту бывшей службы 51 человек или 40 проц. всех инвалидов медработников являются работниками гор. лечебных учреждений, 60 проц. или 76 человек работниками села, участков и пунктов. На 1000 работающих медработников города приходится всего 14 инвалидов труда, на 1000 же медработников села падает 37 инвалидов труда. Из инвалидов труда бывших работников лечучреждений города, основную массу составляют санитары (29 чел.) и медсестры (10 чел.), среди же инвалидов из б. участковых медработников основную массу представляют участковые ф-ра (41 человек), пунктовые акушерки (15 чел.) и участковые врачи (7 человек). Инвалиды б. участковые работники

Распределение инвалидов по причинам инвалидности

Медпрофессии	Группы инвалидн.			Средний		Бол. орган. кровообращ.	Бол. орг. дых.	Туберкулез	Бол. орг. пищ.	Бол. мочев. орг.	Бол. полов. орг.	Бол. костей	Бол. суставов	Травмы	Дефект. конечн.	Бол. нервн. сист.				Слепота	Бол. орг. слуха	Новообразован.	Маразм старч.	Всего
	I	II	III	возр.	мед. стаж											истерия	нев-раст.	орг. заб. мозга	эпил.					
Медицинск. врачи .	3	4	1	66	38	5	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	8
Ветеринарные „ .	1	1	—	41	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2
Медицинск. ф-ра .	5	21	18	64	44	31	—	4	1	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	1	1	3	44
Ветеринарные „ .	—	3	—	67	34	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	3
Акушерки . .	4	13	1	60	26	9	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	1	1	—	2	1	—	—	18
Сестры медицинск.	2	10	3	50	20	6	—	2	—	1	—	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	15
Санитары и санитарки. . .	2	21	10	50	15	9	2	6	—	—	1	—	4	1	—	1	—	2	1	2	—	—	4	33
Фармацевты . .	1	3	—	55	22	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4
Всего . .	18	76	33	56	22	64	2	14	1	1	1	2	7	4	1	2	1	8	1	5	3	1	9	127
% к общему итогу . .	14,3	60,3	25,4	—	—	50,4	1.5	11,2	0,75	0.75	0,75	1,5	5,8	3.3	0,75	1,5	0,75	6,6	0.75	3.7	2,3	0,75	7,1	100

имеют в среднем очень большой медстаж: врачи 38 лет, ф-ра мед. 44 года, акушерки 26 лет и ветфельдшера 34 года.

	Работники		В % к общему итогу инвалидов		Средний стаж работы в лечучрежд.
	гор. лечучрежд.	сельских лечучр.	б. г. раб.	б. сельск. работников	
Врачи медицинские	1	7	12,5	87,5	38 лет
„ ветеринарные	1	1	50	50	9 „
Фельдшера медицинские	3	41	7	93	44 года
„ ветеринарные	—	3	—	100	34 „
Акушерки	3	15	16,6	83,4	26 лет
Сестры медицинские	10	5	66.7	33,3	20 „
Санитары и санитарки	29	4	90	10	15 „
Фармацевты	4	—	100	—	22 года
	51	76	40	60	21.6 л.

Из общего количества инвалидов б. участковых работников 32 человека или 42 проц. оставили работу еще до 1921 г. и состояли раньше на пенсии за выслугу лет.

По группам инвалидности и по болезням, явившимся причиной инвалидности, медработники Белоруссии распределяются следующим образом: (см. таблицу на стр. 29) относительно больше всего инвалидов I группы дали медврачи, затем фармацевты, акушерки, ф-ра и сестры. Причиной инвалидности у большей половины являются болезни органов кровообращения, в 11 проц. туберкулез, в 9,6 проц. заболевания нервной системы, в 5,8 болезни костей, а в 3,3 проц. травмы (переломы ног, рук) на работе при исполнении своих обязанностей. Помимо этих 4 случаев травм, связанных с работой, еще в 3 случаях установлена связь с профессией, так в одном случае наступила глухота после перенесенного сыпного тифа, в другом случае тромбофлебит после тифа, а в третьем случае уже упомянутый выше случай полиомиэлита после бывшего укуса бешеным животным ветврача.

При сравнении причин инвалидности у медработников с таковыми у прочих инвалидов труда

	У всех инвалидов	У медработников
Туберкулез легких	10,8	11,2
Бол. орг. кровообращения	48,6	50,4
Злокач. новообразования	0,5	0,75
Бол. нервн. системы	8,4	9,6
Травмы	1,8	3,3
Бол. костей и суставов	4,4	7,3

мы видим, что по целому ряду болезней инвалиды медработники дают большие коэффициенты, чем прочие инвалиды труда, особенно это относится к бол. органов кровообращения, нервной системы, костей и суставов и к последствиям травм.

Помимо основной причины инвалидности у большинства медработников установлены были еще и другие тяжкие т. н. „сопутствующие“ болезни. Свыше одной болезни до 5 болезней имеется у 60 проц. инвалидов.

	1 болезнь	2 бол.	3 бол.	4 бол.	5 бол.	Всего
Сестры медиц. . .	5	5	3	1	1	15
Санитары	15	9	6	1	2	33
Акушерки	5	5	8	—	—	18
Фельдшера мед. . .	13	14	14	3	—	44
„ вет. . .	—	1	1	1	—	3
Врачи мед.	2	2	3	1	—	8
„ ветер. . . .	1	1	—	—	—	2
Фармацевты . . .	3	—	1	—	—	4
Всего . . .	44	37	36	7	3	127

Так что сопутствующие болезни имеют также немалое значение в состоянии инвалидности медработников и в степени „изнашиваемости“ их организма.

Резюмируя данные нашего исследования, мы приходим к следующим выводам:

1. Медицинские работники Белоруссии, уделяя достаточное внимание лечению других, сами недостаточно внимательны к состоянию своего здоровья. Болея часто „на ходу“, они в меньшей мере обращаются за медпомощью и за пособием по болезни, чем рабочие и служащие других отраслей труда.

2. Из общего количества медработников—34,6 проц. переболело разными болезнями с потерей трудоспособности в течение года. Наиболее высокая заболеваемость отмечается у врачебной, фельдшерско-акушерской и ухаживающих (сестры и санитары) групп, меньшая—в прочих группах.

3. Чаще всего и по многу раз болеют медсестры, врачи и санитарки. Наиболее затяжные случаи болезни отмечаются среди сельских медработников и среди медврачей, т. е. среди тех групп, которые реже обращаются за медпомощью, но зато заболевая, уже болеют очень тяжело.

4. Медработники Белоруссии показывают более высокие цифры заболеваемости и с более затяжным течением по целому ряду болезней, чем прочие рабочие и служащие, занятые даже в наиболее вредных производствах Белоруссии.

5. Среди болезней медперсонала первое место занимают эпидемические болезни: 25,7 проц., затем туберкулез 12,4 проц. и отмечается высокая заболеваемость болезнями нервной системы—7,8 проц. и органов кровообращения—7,2 проц., что не может не быть поставлено в зависимость от особенностей и условий труда медработников.

6. Медработники Белоруссии показывают высокую поражаемость остро-заразными болезнями, особенно тифозными заболеваниями, составляя 24 проц. всех случаев тифа, отмеченных в 1925 г. среди активно застрахованных. Наибольшее количество тифозных заболеваний отмечено у сельских медработников и у работников заразных больниц, что указывает на непосредственное заражение в связи с борьбой медперсонала с эпидемиями сыпного и брюшного тифов, имевших место в ряде округов Белоруссии.

7. Медперсонал Белоруссии дает особо высокую заболеваемость туберкулезом: 52 медработника на 1000 болеет в течение года активно туберкулезными процессами с затяжным течением. Причиной высокой заболеваемости tbc являются как тяжелые материально-бытовые условия медработников, так и опасность заражения, это видно также из этого, что работники тубдиспансера дают, очевидно, в виду реинфекции, 36, проц. больных tbc.

8. Отдельные группы медтруда дают разные степени заболеваемости. Медврачи отличаются наибольшей заболеваемостью сердечно-сосудистой и нервной системы и наиболее частыми заболеваниями органов дыхания. Медсестры отмечены самым наиболее затяжным течением tbc. Ф-ра и ф-цы, как работники села и самостоятельных пунктов, дали наибольшее количество случаев тифозных заболеваний. Акушерки дали сравнительно много случаев полиартритов. Зубврачи дали большой проц. больных tbc и расстройствами питания. Фармацевты, занимая незначительное место среди всех прочих групп по количеству случаев и дней болезни, дали среди этих болезней огромное количество случаев tbc. Среди ветработников отмечено одно заболевание спинного мозга на почве бывшего укуса бешеными животными на работе и ряд случаев укуса бешеными животными других ветработников.

9. В отдельных лечучреждениях с особо вредными условиями труда отмечено у работающих там работников большее количество некоторых болезней, до известной степени обусловленных этими условиями труда. В тубдиспансерах высокая заболеваемость туберкулезом; в психолечебницах высокая заболеваемость нервной системы и наибольшее, чем у прочих медработников, количество травм; в заразных больницах повышенная заражаемость инфекционными болезнями.

10. Медработники реже переходят на инвалидность, чем прочие застрахованные и только при почти полной потере трудоспособности и окончательной изнашиваемости организма переходят на обеспечение страхкасс, хотя уже в возрастах до 30 лет и 40 лет имеется относительно больший процент инвалидности среди медработников, чем среди прочих групп. Высокая степень изнашиваемости перешедших на инвалидность медработников видна потому, что инвалидов I группы имеется 14,3 проц., а II группы—60,3 проц., что значительно превосходит прочие группы застрахованных.

11. Больше всего инвалидов отмечено среди сельских медработников, преимущественно среди фельдшеров—14,3 и акушерок—7,3 на 100 работающих и меньше всего среди врачей—1,1 на 100 работающих и среди фармацевтов—0,7 проц.

12. Причиной инвалидности в 50 проц. являются болезни органов кровообращения, в 11,2 проц.—туберкулез, в 9,6 проц. бол. нервной системы и, в большей мере, чем у прочих инвалидов труда Белоруссии, причинами инвалидности являются травмы—3,3 проц. и болезни костей и суставов—7,3 проц.

Прычыны сьлепаты ў Менскай акрузе.

(З вочнае клінікі Беларус. Дзяржаўн. Ун-ту. Дырэктар Праф. Камінскі).

Н. А. Лосеў.

Частыя выпадкі цяжкіх траум вока, якія даводзіцца нам бачыць у апошнія часы ў вочнай клініцы, а таксама пагалоўны агляд дзяцей школы сьляпых навялі мяне на думку дасьледаваць прычыны сьлепаты і ўмовы яе разьвіцьця ў Менскай акрузе. Мне здаецца, што разбор гэтага пытаньня зьяўляецца вельмі цікавым ня толькі для доктара-практыка, але і для органаў аховы здароўя. Вывучаючы ўмовы і прычыны разьвіцьця сьлепаты, мы тым самым знаёмімся з офтальмо-санітарнымі ўмовамі, вынаходзім меры паляпшэньня гэтых умоў і спосабы папярэджаньня сьлепаты.

Сьлепата, як сьледзтва азначаных анці-санітарных і культурна-эканамічных умоў, бязумоўна вымагае дэтальнага вывучэньня гэтых умоў дзеля таго, каб справу барацьбы з сьлепатой паставіць на належную вышыню і тым самым зьнізіць процант яе да мінімума, па выражэньню Kerschbaumer'a „да нормы няўхільнай павіннасьці рода чалавечага", якую ён азначае ў 3 чалавекі на 10000 тыс. жыхароў.

У нашых раёнах, дзе барацьба за аздараўленьне народных мас толькі пачынае пашырацца, але далёка яшчэ не разгарнулася ў патрэбнай меры з прычын эканамічных недахопаў, з асобай неабходнасьцю патрэбна вывучэньне прычын народных няшчасьцяў.

Перад разборам матар'ялу па вывучэньню прычын сьлепаты заўсёды паўстае пытаньне: што такое сьлепата? Ня гледзячы на простае пытаньне, як здаецца спачатку, тлумачэньне яго было заўжды неаднальковым.

Навуковы адказ на гэта пытаньне будзе наступны: 1) абсалютна сьляпым лічыцца той, хто зусім страціў зрок, г. зн. у яго нават няма ўспрыйманьня сьветавога раздражэньня ці разьлічэньне сьвету ад цемры.

Такі сьляпы патрабуе поўнай дапамогі ад дзяржавы. Жыцьцёвая практыка, па думцы праф. Галавіна, паказвае, што высокае паніжэньне вастраты зрока таксама ставіць чалавека ў умовы аднальковыя з абсалютна сьляпым і не дае яму магчымасьці самастойна працаваць.

З гэтай прычыны частка навуковых працаўнікоў лічыць сьляпым чалавека, у якога зрок паніжан да немагчымасьці выпаўняць звычайную працу, але можа сам без дапамогі другіх хадзіць, дзякуючы частковаму захаваньню зрока. Наканец, частка вучоных лічыць сьляпым кожнага чалавека, у якога зрок аслаблены да немагчымасьці выпаўняць працу па сваёй ранейшай спэцыяльнасьці, калі нават ён можа справіцца з больш простаю работаю.

У народнай гушчы, напрыклад, сярод сялян, сьляпым лічаць таго, хто згубіў магчымасьць, з прычыны паніжэньня растраты зроку, несьці абавязкі па гаспадарцы нараўне з другімі сябрамі сям'і.

Такім чынам мы сустракаем розныя азначэньні сьлепаты ня толькі паміж масай народу і навуковымі працаўнікамі, але і сярод апошніх.

Для практычнага жыцьця ня так важна пытаньне точнага азначэньня абсалютнай сьлепаты ці наогул сьлепаты, як важна тое, што чалавек згубіўшы зрок да любога з вышэй памянёных азначэньняў патрабуе таго ці іншага ўходу з боку грамадзянства і зьяўляецца няроўна-каштоўным працаўніком сярод другіх сяброў грамады. Пры разборы нашага матар'ялу я кіраваўся прапановаю Schmidt-Rimpeer'a, гэта значыць, к ліку сьляпых адносіў усіх асоб, якія маглі лічыць пальцы не далей $^1/_3$ мэтра.

Па майму перакананьню ведаць дакладную лічбу сьляпых якога-небудзь раёну ня мае такога значэньня, як выяўленьне прычын сьлепаты і магчымасьцяй іх зьнішчэньня.

Дзеля высьвятленьня пытаньня аб прычынах сьлепаты ў Менскай акрузе я ўзяў матар'ял клінікі за два апошнія гады (25 і 26 г.) па наступным памеркаваньням: 1) значнае паляпшэньне дабрабыту насельніцтва акругі бязумоўна адбілася на павялічэньні яго звароту ў клініку, што дае магчымасьць паўней зрабіць вучот, тады як у ранейшыя гады вялікая частка сялян па розным прычынам не карысталася дапамогай клінікі; 2) у клініцы ў гэтыя гады матэрыял запаўняўся больш падрабязна і аднастойна; 3) па меры таго, як моманты грамадзянскіх войн і заняпаду паступова зьнікаюць і матэрыял клінікі становіцца больш аднолькавым, г. зн. прычыны, якія выклікаюць сьлепату, пачынаюць адбіваць сабой культурна-эканамічнае становішча насельніцтва.

За два гады вочнай клінікай прынята 8324 чал. першачарговых хворых. Сярод гэтай колькасьці 93 чал. страцілі зрок на абодва вокі і 183 чал. на адно вока.

Я павінен адзначыць, што прасьледуючы толькі пытаньне прычыны сьлепаты, мной сумысьля выключаны з разьбіраемага матэрыялу сьляпыя, якія зарэгістраваны ў амбуляторыі ў 1925 годзе, але фактычна страцілі зрок раней гэтых гадоў.

Дзеля вылічэньня паказальніка сьлепаты для Менскай акругі я павінен выключыць 42 чал. сьляпых на абодва вокі з агульнага ліку 94 чал. дзеля таго, што яны захварэлі раней 1 студзеня 1925 году, хоць і страцілі зрок канчаткова ў 1925 годзе, але для далейшага разбору, гэтыя сьляпыя ізноў будуць прымацца пад увагу. Такім чынам мы бачым, што на кожныя 160 чал. первястковых хворых прыходзіцца адзін сьляпы на абодва вокі і на кожныя 45 чал. адзін сьляпы на адно вока.

Значыцца, кожны год у сярэднім па Менскай акрузе (прымаючы пад увагу наш матэрыял) сьлепне на абодва вокі 26 чал. ці 0,48:10000 *насельніцтва* і 91,5 чал.—на адно вока ці 1,7 : 10000 *насельніцтва*. Я лічу гэту цыфру амаль што абсалютнай з прычыны таго, што ўсе небясьпечныя хворыя бязумоўна пападаюць у клініку, як адзіную лячэбную ўстанову акругі, не залежна ад таго, у якой амбуляторыі хворы зарэгістраваўся спачатку.

Цяпер, калі дапусьціць, што сярэдні ўзрост сьлепаты ў папярэднія гады быў такі самы, як у 1925-26 годзе, акрамя таго, калі сярэдні працяг жыцьця сьляпога лічыць у 20 гадоў, прымаючы пад увагу ўзрост сьляпых нашага матэрыялу, то прыблізная колькасьць сьляпых на абодва вокі ў Менскай акрузе будзе прыблізна ў 520 чал. і сьляпых на адно вока 1830 чал. (вылічэньні Zehenger'a і Katza) азначаюць працяг жыцьця сьляпых аднолькавым з працягам жыцьця людзей, у якіх захован зрок (запазычана ў проф. Галавіна). Што датычыцца коль-

касьці сьляпых у ранейшыя гады, чым 1925-26 год, то, больш чым магчыма, што іх было ня менш як у разьбіраемыя гады, дзякуючы рэволюцыйна-ваенным здарэньням, якія спрыялі разьвіцьцю сьлепаты яшчэ больш, чым цяпер.

Пераводзячы лічбу сьляпых у паказальнік сьлепаты для акругі, мы знаходзім наступныя адносіны: сьляпых на абодвы вокі ў параўнаньні з агульным лікам насельніцтва будзе 9,6 : 10000 чал. і сьляпых на адно вока 34 : 10000.

Калі мы цяпер колькасьць сьляпых выразім у працэнтах, то атрымаем 0,09 проц. сьляпых на абодва вокі і 0,34 проц. на адно вока.

Паказальнік сьлепаты 9,6 : 10000 па нашаму матэрыялу характарызуе сабой па Kerschbaumer'у больш ці менш здавальняючыя санітарныя ўмовы.

Па праф. Галавіну агульны паказальнік сьляпых у Рассіі 20 : 10000 (1910 г.), а па розным губ. ён вельмі розьніцца. Дзеля параўнаньня з нашымі довадамі, я прывяду табліцу праф. Галавіна з паказальнікам сьлепаты для розных сгран і некаторых губэрняў Расіі.

Сярэдні паказальнік:

Заходняя Эўропа наогул	9,4 : 10000
Нідэрланды	4,5 : 10000
Швайцарыя	7,6 : 10000
Нямеччына	8,1 : 10000
Англія	8,8 : 10000
Венгрыя	13,2 : 10000
Расія	20 : 10000
Алжыр	23 : 10000
Рас. губ.:	
Архангельск	24 : 10000
Ніжня-гарод	30 : 10000
Уфімская	35 : 10000
Сімбір	37 : 10000

Дасьледаваньне ў Варонежскай губ. у 1925 годзе дало 26 : 10000 (Масьленікаў). У г. Архангельску (1914 г.) 10 : 10000 (дасьледаваньне Кіршмана).

Па адчоту Пермскае вочнае клінікі паказальнік сьлепаты для Пермскай губ. 62 : 10000. Зразумела, увесь лік сьляпых па Менскай акрузе вылічан мною да некаторай ступені самавольна, але сапраўднасьць тут недалёка і адносіны 9,6: 10000 можна лічыць за сапраўдны паказальнік для Менскай акругі ці некалькі менш сапраўднага. Такім чынам па нашаму дасьледваньню Менская акруга ў адносінах паказальніка сьлепаты займае ў параўнаньні з другімі губ. СССР места з меншым паказальнікам, які чуць перавышае паказальнік для заходняй Эўропы. Добры стан санітарнага становішча, які відаць з нашага матэрыялу, яшчэ нічога ня кажа аб тым, што ў нас зроблена ўжо ўсё дзеля магчымага папярэджваньня сьлепаты, як гэта мы будзем бачыць далей.

Разглядаючы пытаньне залежнасьці паміж полам і стратай зрока, у нашым матэрыяле мы бачым, што з 277 чал. прыходзіцца на долю жанчын 109 чал. ці 39,4 проц.; на долю мужчын—168 чал. ці 60,6 проц. Мужчын за два гады асьлепла на 21 проц. больш, чым жанчын. Працоўны ўзрост сярод мужчын дае пераважна лік над такім-жа ўзростам жанчын. Праф. Галавін такія адносіны, калі ў рабочым

узросьце мужчыны сьлепнуць больш жанчын, лічыць Эўрапэйскім тыпам залежнасьці паміж полам і сьлепатой. У паўночна-ўсходніх губ. Расіі адносіны часьцей бываюць наадварот, г. зн. жанчын больш сьлепне ў рабочым узросьце, чым мужчын (Расійск. тып залежн. па Галавіну).

Па Сяргееву для вясковага насельніцтва Вятскай губ. жанчын сьлепне 60,8 проц. Цяпер паўстае пытаньне: якія прычыны спрыялі разьвіцьцю сьлепаты ў Менскай акрузе сярод мужчын. Пры разглядзе этыолегічнага моманту мы бачым, што шмат мужчын страцілі зрок ад траўматызацыі вока.

З усяго ліку сьляпых ад траўмы на мужчын прыходзіцца 85 проц. і толькі 15 проц. на жанчын. Зразумела, што праца мужчын, як праца скажам, селяніна ў лесе, рабочага на мэталюргічным заводзе і г. д., спрыяюць разьвіцьцю ўсялякіх раненьняў.

Залежнасьць паміж нацыянальнасьцю і сьлепатой таксама адзначаецца. Беларусы, якія зьяўляюцца пераважна сялянамі, большасьцю няпісьменнымі і раскіданымі на вялікай плошчы, даюць найвялікшы паказальнік страты зроку ў 1925 і 1926 годзе—5,7 : 10000 жыхароў, г. зн. за апошнія два гады асьлепла на адно і два вокі 5,7 чалавек на 10000 насельніцтва Беларусі. Палякі жывуць у тых самых умовах, як і Беларусы і адносіны паміж колькасьцю сьляпых і насельніцтвам таксама вялікія—5,47 : 10000. Расейцы даюць 3,9 : 10000 страты зроку і Яўрэі 2,8 : 10000. Яўрэі і Расейцы канцэнтраваны больш у горадзе, дзе яны маюць магчымасьць у свой час атрымаць санітарную адукацыю і кваліфікаваную дапамогу, што дае свой адбітак на зьмяншэньні проценту сьляпых.

Табліца № 1.

Залежнасьць паміж нацыянальнасьцю і сьлепатой.

№№	НАЦЫЯНАЛЬНАСЬЦЬ	М.	Ж.	Усяго	% к агульнаму ліку сьляпых	‰o к агульнаму ліку насельнітцва
1	Беларусаў . . .	147	87	234	84,5	5,7 : 10000
2	Яўрэяў . . .	12	11	23	8,3	2,8 : 10000
3	Палякаў . . .	6	9	15	5,4	5,47 : 10000
4	Расейцаў . . .	3	2	5	1,8	3,9 : 10000

У адносінах сацыяльнага становішча страціўшых зрок асабістага ўплыву адзначыць нельга. Найвялікшую частку насельніцтва акругі прадстаўляюць сяляне,—колькасьць сьляпых сярод іх таксама найбольшая, потым ідуць рабочыя, служачыя і г. д.

Табліца № 2.

Сацыяльнае становішча сьляпых.

Сяляне		Рабочыя		Служачыя		Чыгуначн.		Чырвонаарм.		Гандляры		Усяго	
Кольк.	%	Кольк.	%	Кольк.	%	Кольк.	%	Кольк.	%	Кольк.	%	Кольк.	%
226	81,2	20	7,2	18	6,5	2	1,95	2	0,95	9	3.2	277	100

Прафэсія і культурнае разьвіцьцё ў нашым матэрыяле маюць выключнае значэньне. Я ўжо раней казаў аб паважнасьці працы мэталіста, лесаруба і г. д. у сэнсе магчымасьці атрыманьня траўмы. Цяпер наогул трэба адзначыць усе віды працы, дзе маецца разбрызгваньне і раскідваньне цьвёрдых кавалкаў, едкае матэрыі і г. д., што дапамагае ізноў траўме. Сярод жанчын, якія страцілі зрок у гэтыя гады, 87 проц. няпісьменных, астатнія 13 проц. малапісьменныя. Мужчыны таксама ў большасьці няпісьменныя, альбо малапісьменныя. Бязумоўна, уплыў характара працы і культурнасьці насельніцтва на разьвіцьцё сьлепаты маюць асабістае значэньне і тлумачыць вялікую колькасьць сьляпых сярод сялян толькі эканамічнай небясьпекай нельга. Па нашаму матэрыялу сяляне страцілі зрок у 86 проц. агульнага ліку сьляпых; гаражане—14 проц. Гэта значыць, на кожныя 10000 гаражан даводзіцца 2 выпадкі сьлепаты, а сярод сялян на 10000—6 выпадкаў сьлепаты. Такім чынам сяляне сьлепнуць у тры разы больш, чым гаражане. Гэта пераважнасьць сьлепаты сярод сялян прадстаўляе вынік агульных умоў жыцьця сялян (бедната, няпісьменнасьць і адсутнасьць сваячасовай дапамогі).

Табліца № 3.

Пісьменнасьць і сьлепата.

П О Л	Пісьменныя				Няпісьменныя			
	Агульн. кольк.	Сялян	Гарадз.	%	Агульн. кольк.	Сялян	Гарадз.	%
Мужчын	58	41	17	35	110	110	—	65
Жанчын	14	4	10	13	95	85	10	87
Абодва пола	72	45	27	26	205	195	10	74

Цяпер трэба разглядзець пытаньне: у якім узросьце і ад якіх прычын асьлеплі нашыя хворыя.

Радзілася сьляпымі 7 чалавек. Жыцьцёпіс іх бацькоў выведаць не ўдалося. З аднаго і да 5 год страціла зрок 8 чалавек. З іх два асьлеплі ва прычыне хваробы corneae (залатушны кераціт); чацьвёра паранілі вочы жалезнымі рэчамі (відэльцы, нож і дрот); адзін асьлеп пасьля інфлюэнцы, якая дала аслажненьне на corneae і адзін ад ганарэі вачэй. Усе асьлепшыя дзеці сялян далейшых раёнаў. Першыя два з залатушным керацітам лячыліся ў раённай больніцы без карысьці з прычыны неакуратнага паведамленьня врача. Сваячасова зьяўляцца к доктару хворыя ня мелі магчымасьці, бо ня было сваіх коняў. Гігіенічныя ўмовы, зразумела, адсутнічалі; харчаваньня добрага ня было, агульнае лячэньне ня ўжывалася. Чацьвёра страцілі зрок дзякуючы недагляду ў жніво, калі дзеці засталіся ў дварэ бяз догляду дарослых. Дзіцяці, якое асьлепла ад ганарэі, ня быў закапан ляпіс пры родах. Што датычыцца сьляпаты ў хворага інфлюэнцыяй, то ў яго з самага пачатку працэс быў вельмі цяжкім і хутка зьнішчыў усю рагавіцу. Такім чынам мы бачым, што ў сямёх хворых сьляпату можна было папярэдзіць пры ўмовах прадстаўленьня стацыянарнага лячэньня першым двум, правільнага дагляда чатырох з траўмай і пры ўжываньні спосаба Krede радзіўшымся дзецям.

У ўзросьце ад 5-10 гадоў асьлепла 18 чалавек. У гэтай групе ўзросту таксама на першым месцы знаходзіцца траўма—7 чалавек.

Траўматызацыя зроблена самымі рознастайнымі рэчамі хатняга быту сялян, як іголка, цьвік, шчэпкі і г. д. Тут яшчэ раз падкрэсьліваецца значэньне бяспрытульнасьці вясковых дзяцей, асабліва, як гэта відаць з гісторыі хваробы, у летнія месяцы. Скрофулёзным керацітам хварэла пяць чалавек. Частка з іх лячылася дома кроплямі, якія яны атрымалі пры адзіночным звароту да доктара. Адзін хворы заявіў, што ён лячыўся зельлем, якое атрымаў у другога хворага, гэтым і тлумачыць зьнішчэньне зрока. У ўсіх пяці выпадках чырвонаю ніткаю праходзіць заява на мала сямейнасьць, адсутнасьць коняў і дальнасьць, як на прычыну неакуратнасьці лячэньня.

Ад воспы асьлепла 4 чалавекі. Воспа ня была прышчэплена. Скарлаціна і вопух вока далі па аднаму выпадку. З ліку хворых разобранай групы можна было папярэдзіць сьлепату ў 11 выпадках, г. зн. у ўсіх асьлепшых ад воспы, скрафулеза і 3 траўматызыраваных.

Самай большай групай сьляпых у 65 чалавек будзе ў узросьце ад 10—20 г. У гэтай групе выдатнае месца ў шэрагу прычын сьлепаты займае траўма, ад якое выключна страцілі зрок 30 проц. Пацярпеўшыя амаль усе сяляне. Сярод матар'ялу гэтай групы выдаецца часта траўмы пры неасьцярожным абыходжаньні з узрыўчатымі вяшчэствамі. 9 чалавек з 22, якія страцілі зрок ад траўмы, атрымалі раненьня асколкамі капсулы пры яе выбуху. Імпэрыялістычная і грамадзянская войны заставілі на палёх нашай акругі рознага рода ўзрыўныя вяшчэства, асабліва многа капсул ад бомб. Дзеці находзяць гэтыя капсулы, мэталічны бляск і форма якіх горнуць да сябе іх увагу і заўсёды з капсулы яны стараюцца зрабіць трубку для курэньня. У момант маніпуляцыі над капсулай здараецца выбух яе і параненьне вока. Траўмы аскалёпкамі медзі ў нашых выпадках адзначаліся вельмі вялікай цяжкасьцю. З другіх прычын траўмы зьвяртае нашу ўвагу неасьцярожныя гульні з палкамі, жывёламі і г. д. Акрамя траўмы відную ролю ў этыолёгіі сьлепаты гэтай групы прымаюць інфэкцыйныя хваробы: Sepsis—1, менінгіт—7 ч., воспа—5 ч., скарлятына—5 ч., адзёр—2 ч., сухоты (tubercul.)—12 чал., скрафулёз—4 ч., сыфіліс—3 ч. і, урэшце, хваробы cornea у колькасьці 14 чалавек. Тут асабістую ўвагу зьвяртае да сябе факт адсутнасьці дасканалага лячэньня. Шэсьць чалавек з аслажненьнямі на рагавіцы пасьля інфэкцыйных хвароб абсалютна не лячыліся; астатнія карысталіся лячэньнем вельмі мала: за ўвесь час хваробы былі адзін-два разы ў раённай больніцы. Чатыры чалавекі хутка страцілі зрок пасьля запусканьня невядомых кропель. Два чал. заявілі, што ў іх адразу панізіўся зрок, як толькі прамылі вочы настоем з травы па назначэньню знахара (назву расьлін выведаць не ўдалося). Цяпер ставіцца пытаньне: чаму частка хворых зусім ня лячылася, а другая вельмі нездавальняюча лячылася. Як на прычыну дрэннага лячэньня хворыя паказваюць: 1) маламожнасьць гаспадаркі не давала магчымасьці сваячасова ехаць у больніцу; 2) сялянская праца на гаспадарцы часта зусім не дазваляла карыстацца дапамогай больніцы; 3) далей адсутнасьць кваліфікаванай дапамогі на раёне таксама адбівалася на лячэньні хворых; 4) трэба яшчэ адзначыць цемнату сялян, якія ахвотна карыстаюцца парадай знахароў.

Такім чынам на вялізны процант сьляпаты ў юнацкім узросьце мелі ўплыў 4 моманты: 1) бяспрытульнасьць дзяцей; 2) несьвядомасьць з узрыўчатымі матар'ямі; 3) дрэннае культурна-эканамічнае становішча насельніцтва і 4) недахопы ў правільнасьці лячэньня хворых асабліва лячэньня язвы рагавіцы.

Пры асьцярожным падліку магчымасьці папярэдзіць сьлепату ў гэтай групе, можна сказаць, што тры чверткі траўм, палову хвароб

рагавіцы, усе выпадкі воспы, палову аслажненьняў пры скарлаціне, адры, таксама скарфулёзны кераціт—можна было папярэдзіць, г. зн. 34 ч. ці больш 50 проц. гэтай групы зрабілася сьляпымі з прычыны недахопаў у ўмовах нашага сучаснага жыцьця.

Наступная група таксама колькасна моцна, але мае некаторыя асаблівасьці ўжо рабочага ўзросту. На першым месцы этыолёгічным момантам тут зьяўляюцца хваробы рагавой абалонкі і траўма (па 14 чалавек) потым трахома—12 чал.. tuberculos вока 8 выпадкаў, Lues—4; сымпатычэская офтальмія—3; вопух, цыстыцэрк і Secund. glaucoma па аднаму выпадку. Што датычыцца лячэньня хворых гэтай групы, то, як агульнае правіла, большасьць іх зварочвалася к раённаму ўрачу пэрыядычна праз вялікі працяг часу. Частка з іх адзначыла вельмі цікавы факт у гісторыі свайго лячэньня. На пытаньне: „чаму не лячыліся сваячасова ў вочнай клініцы?“ атрымліваўся адказ, што ў стацыянар іх ня прынялі за недахопам ложак, амбуляторна лячыцца не маглі таму, што ня мелі грошай на кватэру і кармленьне, акрамя таго вельмі многа часу траціцца на амбуляторныя даведваньні. К гэтаму трэба яшчэ дадаць, што перагружанасьць амбуляторнага ўрача спрыяе часта пераварачваньню лячэньня трахомы ў шаблон, індывідуальныя асаблівасьці часта ня прымаюцца пад увагу. Ня гледзячы на цяжкія аслажненьні трахомы (Pannus, trichias, entropium і г. д.) хворыя не вытрымлівалі, нават, кароткатэрміновага спэцыяльнага лячэньня за свае сродкі. Сярод траўматызыраваных гэтай групы даволі значны процант выпадае на фабрычна-заводзкіх рабочых і чырвонаармейцаў (60 проц.). Раненьне тут самае разнастойнае; асколкі жалеза, пракол жалезным дротам, выбух капсулы, ажог і г. д. Выявіць якую-небудзь залежнасьць паміж характарам працы і траўмай не ўдалося. Засьцерагаючыя акуляры рабочыя не насілі. Пры праверцы гісторыі хваробы аказалася, што сваячасовая шпіталізацыя дала-б магчымасьць папярэдзіць сьлепату ў 8 выпадках хвароб рагавіцы, 7 з траўмай, у трох з сымпатычэскай афтальміей і ва ўсіх з трахомай.

Узрост, у якім вынікла сьлепата.

Табліца № 4.

Ад роду		1—5 год		5—10 год		10—20 год		20—30 год		30—40 год		40—50 год		50—60 год		60—70 год		70—80 год	
Кольк.	%	Кольк.	%	Кольк.	%	Кольк.	%	Кольк	%	Кольк.	%	Кольк.	%	Кольк.	%	Кольк.	%	Кольк.	%
7	2,5	8	2,7	18	6,5	65	23.4	58	20.9	36	13	28	10.1	36	13	14	5	7	2,5

Прычынай сьлепаты ў наступнай групе (30-40 гадоў) зьяўляецца: трахома—(12 чал.), хвар. рагавіцы—(14), агульная хвароба (panophthalmitis) вочнага яблака—4; tubercul. вока, glaucoma, myopia gravis, sepsis і tumor па аднаму выпадку. Першае месца ў чарзе прычын сьлепаты гэтай групы займае хвароба рагавіцы, прычым каля 70 проц. з іх прыходзіцца на Ulcus Serpens. Тут зьяўляецца паказальным тое, што хворыя гэтай язвай у першыя дні хваробы прадаўжалі працаваць на гаспадарцы і толькі праз 2—7 дзён яны прымушаны былі зьвярнуцца ў больніцу. Усе гэтыя хворыя, бязумоўна, былі прыняты ў клініку, але позьні іх зварот у клініку адбіўся на разьвіцьці сьлепаты. Пры ўмовах звароту хворых у першы дзень у вочную клініку магчыма было-б больш у паловы выпадкаў з язвай рагавіцы выратаваць зрок. Што да-

тычыцца трахомных, то 4 чалавекі з іх зусім не лячыліся ў дактароў, пяць чалавек лячыліся амбулят у раённай больніцы вельмі неакуратна і 3 чал. не далі вестак аб сваім лячэньні. Агульнай прычынай дрэннага лячэньня зьяўляецца бедната насельніцтва.

У ўзросце 40—50 гадоў асьлепла ад трахомы 13 чал., хвароб рагавіцы—4 чал., хвароб вочнага яблака—3 чал., траўма—3, glaucoma—3, Lues—1, вопух—1. Як відаць, у старэйшых групах трахома займае ўсё больш і больш выдатнае месца. З 13 чал. гэтай групы шэсьць лячылася даволі энэргічна ў спэцыяльных дактароў. Два з іх тлумачаць пагоршаньне хваробы пасьля лёгкіх траўм. 3 чал. зусім не лячылася і 4 карысталіся вельмі рэдка мэдычнай дапамогай. Хворыя глаўкомай лячыліся больш месяца ў раённай больніцы і ў Менск накіраваны ўжо пры моцным спадзе зрока. Сьляпыя ад траўмы паранілі вочы шчэпай і сучком дрэва ў момант працы ў лесе. Папярэдзіць сьлепату магчыма было ў 7 чал. з трахомай; 2 з галаўкомай, адзін пасьля траўмы і два з язвай рагавіцы. Сама больш асьлепла ад трахомы ў узросьце 50—60 гадоў—15 чалавек. Толькі тры чалавекі з іх лячыліся ў спэцыялiста, а астатнія ня далі вестак аб сваім лячэньні.

Глаўкома паслужыла прычынай сьлепаты ў 10 выпадках, прычым 6 гаражан і 4 селяніны. Сяляне зьвярнуліся да клінікі праз 6—8 тыдняў з моманту пачатка хваробы, а да гэтага часу лячыліся на ўрачэбным участку. Далей у гэтым узросьце асьлепла 9 чал. ад паўзучай язвы і два з прычыны агульнае хваробы вочнага яблыка. Хворыя з паўзучай язвай вельмі позна зьвярталіся да спэцыяльнага лячэньня. У раённай больніцы іх лячылі амбуляторна (кроплямі і мазьзю). Сваячасовая гаспіталізацыя дала-б магчымасьць папярэдзіць сьлепату ў 12 чал. трахомных, 6 чалавек глаўкомы і 4—з язвай рагавіцы. Астатнія групы (60—80 гадоў) далі сьлепаты 13 чал. ад трахомы і 7 чал. пасьля глаўкомы. Трахомныя зусім не лячыліся. Гэта усё—сяляне-беднякі. Пяць чалавек галаўкомных больш месяца лячыліся ў раённай больніце кроплямі. Такім чынам па нашаму матар'ялу большая колькасьць сьляпых страцілі зрок у ўзросьце 10—20 гадоў (25,4 проц.), потым процант паступова зьніжаецца з кожным дзесяцігодзьдзем, а ў 50—60 год ізноў робіць невялікі пад'ём (15 проц.). Па матар'ялу Кавальскага найбольшая колькасьць страты зроку вынікае ў першае дзесяцігодзьдзе. Для Нолінскага ўезда найбольшы процант у ўзросьце 50—60 гадоў (Сяргееў). У матар'яле праф. Галавіна па перапісу 1886 году ў першае пяцігодзьдзе максімум страты зрока, а па Magnus'у у ўзросьце 1—5 год і 60—70 г.

Вельмі высокі процант разьвіцьця сьлепаты ў узросьце 10—20 гадоў тлумачыцца тым, што сярод юнакоў распаўсюджана траўматызацыя вачэй рэчамі хатняга быту і асабліва ад выбуху капсул.

Разглядваючы этыолёгічны момант сьлепаты ўсіх узростаў мы бачым, што галоўнай прычынай страты зрока ў Менскай акрузе зьяўляецца трахома—23,4 проц. агульнага ліку асьлепшых у 1925-26 г. З гэтага боку Менская акруга не адстае ад другіх раёнаў Савецкага Саюзу. Напрыклад, у Варонежскай губ. сьляпых ад трахомы 24 проц. (Масьленікаў—1925 г.); у Кубанскай вобласьці—8,8 проц. (Бербенаў—1914 г.) і г. д. Для быўш. Рас. Імпэр. (сярэдняя цыфра па Галавіну) трахома зьяўляецца прычынай сьлепаты ў 21,4 проц. агульнага ліку сьляпых. Калі лычыць коэфіцыэнт 1925 г. за сярэдні для акругі, дык на 2023 выпадка трахомы ў акрузе сьлепне кожны год 32 чал., ці 1,5 проц. агульнага ліку трахомных акругі.

Другое месца па колькасьці страты зрока займаюць хваробы рагавіцы (19,9 проц.), сярод якіх 60 проц. прыходзіцца на Ulcus Serpeus. Трэба цяпер-жа адзначыць, што сяляне складаюць галоўную масу па

колькасьці з Ulcus Serpens, якая ў цяперашні час лічыцца некаторымі аўтарамі за прафэсыянальную хваробу сялян (для Беларусі—праца д-ра Дворжаца). Наш процант даволі вялік у параўнаньні з другімі раёнамі. Так па проф. Галавіну (1910 г.) асьлепла ад хвароб рагавіцы на мэтар'яле ў 65 т. у сярэднім па Расіі—13,5 проц., у Кубанскай вобласьці 15,6 проц. (Вербенаў 1914 г.).

Прычыны сьлепаты.

Табліца № 5.

Узрост.	Трахома.	Хвар. рагав	Траўма.	Глаўкома.	Залатуха.	Туберкул.	Сымпат. оф.	Хв. вочн.	Воспа.	Скарляціна.	Кор.	Сіфіліс.	Meuingit.	Інфлюэнцыя	Sepsis.	Мудрія.	Ганарэя.	Цысцыцерк.	Вопух.	Радз. сып.	Усяго.
0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	7
1-5 г.	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	8
5-10 „	—	—	7	—	5	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	18
10-20 „	—	14	22	—	4	2	—	—	5	5	2	3	7	—	1	—	—	—	1	—	65
20-30 „	12	14	14	1	—	8	3	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	1	—	58
30-40 „	12	14	—	1	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	36
40-50 „	13	4	3	3	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	28
50-60 „	15	9	—	10	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36
60-70 „	8	—	—	6	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14
70-80 „	5	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Усяго .	65	55	50	23	11	11	3	9	9	6	2	8	7	4	2	1	1	2	4	7	277

На трэцім месцы па колькасьці выпадкаў прычынай сьлепаты зьяўляецца траўма (17,7 проц.). Ня гледзячы на слабае разьвіцьцё фабрычна-заводзкай прамысловасьці ў акрузе колькасьць раненьняў з выхадам у сьлепату надзвычайна вялікая. Асабліва многа паранена выбухам агнястрэльных прылад (30 проц.) і кускамі дрэва (38 проц.) сьляпых. Калі прыняць за сярэднюю цыфру 242 раненьняў у год (запазычана з працы д-ра Дворжаца 1927 г. Менск), то аказваецца, што на кожныя дзесяць раненьняў—адзін сьлепне, ці 10 проц. агульнага ліку траўматызаваных. Прычым на абодва вокі сьлепне ў год 12 проц. ад траўмы (агульнага ліка сьляпых за год) і 15,8 проц. на адно вока.

Глаўкома дала 8 проц. сьляпых. Трэба адзначыць малы процант сьляпых ад воспы (3,25 проц.) агульнага ліку страціўшых зрок у 1925-26 годзе, ці значыцца, і на 60000 насельніцтва, між тым, як у Галавіна па матар'ялу 65 тыс.—сьляпых ад воспы 12,1 проц., а ў некаторых старых аўтараў процант павялічваецца да 27 проц. (у Камаровіча). Па матар'ялу Пермскага К-ту ў сучасны момант у Перм. губ. галоўнай прычынай сьлепаты сярод дзяцей зьяўляецца оспа. Такі малы процант сьлепаты ад воспы сьведчыць аб добрым пашырэньні прышчэпліваньня воспы сярод народу. Можна думаць, што ў гэтым годзе страты зроку ад воспы амаль што ня сустрэнеш. У нашам матар'яле выдатную ролю займае ўзрост новага фактара ў разьвіцьці сьлепаты,

які раней не распазнаваўся, ці ігнарыраваўся, гэта будзе тубэркулёз вока. Мы маем 4,3 проц. сьляпых хварэўшых туберкул. вока ў розных яго частках. Калі к гэтаму прыбавіць выпадкі сьлепаты ад скруфулёза ў дзіцячым ўзросьце, які трэба лічыць ідэнтычным тубэркулёзу, то процант тубэркулёзу ў этыолёгіі сьлепаты ўзрасьце да 8,2 проц.

Цяпер зьяўляецца пытаньне: як хутка насельніцтва атрымлівала спэцыяльную дапамогу і наогул ці атрымлівала яно яе. Калі мы возьмем групу сьляпых, якія страцілі зрок ад трахомы, то ў нашым матар'яле адразу кідаецца ў вочы надзвычайна бязрадасны малюнак. З 65 чалавек даволі рэгулярна атрымлівалі спэцыяльную дапамогу толькі 9 чалавек, г. зн. прыблізна 13,8 проц. Пры больш уважлівым разборы матар'ялу мы бачым, што большасьць з апошніх страцілі зрок пасьля выпадковых здарэньняў, як лёгкія параненьні, абжог і г. д. Зразумела, што параўнаўча ўжо лёгкае калечаньне трахомна зьмянёнай рагавіцы выклікае за сабой пагоршаньне працэса і далей вядзе к сьлепаце. Потым адзначаецца факт вельмі частай зьмены месца жыхарства, што адбівалася на сыстэматычнасьці лячэньня і выклікала вялікія перарывы яго. 36 чалавек атрымлівалі мэдыцынскую дапамогу не рэгулярна ў участковых фэльчароў і менш у ўчастковага ўрача. 10,7 проц. з гэтага ліку амаль што не лячылася, калі ня лычыць некалькіх зваротаў да фэльчара. Далей 8 чалавек зусім не лячылася. З прычын, якія перашкаджалі лячэньню, трэба адзначыць: маласямейнасьць, беднату, недахоп рабочых у дварэ і г. д. Апошнія 12 чалавек не далі адказу на гэта пытаньне. Карацей кажучы, 56 чалавек трахомных не атрымалі належнага лячэньня і змаганьне з трахомай было аддадзена натуральным сілам організма. У гісторыі лячэньня трахомнай групы падкрэсьліваецца яшчэ раз, што ў першую чаргу правільная мэдычная дапамога сялянам залежыць ад іх культурна-эканамічнага стану і правільнай арганізацыі лячэбна-спэцыяльных установ.

Пры разборы матар'ялу сьляпых ад траўмы прыходзіцца зьвярнуць увагу на несваячасовы зварот хворых у вочную клініку. 10 чал. ці 20 проц. усяго ліку сьляпых ад траўмы зьвярнуліся ў клініку праз 7—14 дзён пасьля траўмы, г. зн. праз такі тэрмін, калі даволі лёгкае калечаньне можа даць цяжкую інфэкцыю пры ўмовах антысэптычнага трыманьня раны. Трэба зноў адзначыць, што і гэту групу складаюць толькі сяляне. 28 чалавек зьвярнуліся ў клініку ў працягу тыдня пасьля траўмы і 12 чалавек у першы дзень. Трэба прызнаць на аснове паказаньня хворых, што хворыя траўмай вачэй зараз-жа зьвяртаюцца ў раённую больніцу і толькі несваячасовая эвакуацыя райврачамі іх у спэцыяльную больніцу даволі часта вядзе к разьвіцьцю паўторнай інфэкцыі і тым самым часта шкодзіць шанцоўнаму лячэньню траўмы.

Тыповы малюнак несваячасовага лячэньня ўяўляе група сьляпых, якія асьлеплі ад хвароб рагавіцы. З 55 чал. у працягу першага тыдня з моманту пачатку хваробы зьвярнулася ў клініку 8 чалавек (14 проц.) у гэтым ліку 2 гарадзкіх. На другім тыдні—10 чал. ці 18 проц.; на 3 тыдзень—17 чал. (31 проц.); на 4 тыдні—6 чал. (10,9 проц.) і больш чым праз месяц — 15 чал. (27 проц.). Такім чынам мы бачым, што 68,9 проц. асьлепшых ад хвароб рагавіцы зьвярнуліся ў клініку праз два-тры і больш тыдняў, г. зн. тады, калі па сутнасьці ўжо гнойны працэс зьнішчыў усю рагавіцу і дапамога клінікі ўжо ня трэба была. Гэты вялізарны процант з спазьнёным зваротам за спэцыяльнай дапамогай з упэўненасьцю паказвае на тое, што селянін нават у тэрмін сваячасовага звароту к участковаму ўрачу не атрымлівае адпаведную дапамогу і гаспіталізацыю з прычыны дрэннага знаёмства мэдпэрсанала на раёне з хваробамі рагавіцы.

Хворыя з аслажненьнямі на рагавіцы пасьля інфэкцыйных хвароб таксама дужа пазьніліся з зваротам за спэцыяльнай дапамогай. Цяпер трэба некалькі застанавіцца на вельмі цяжкай хваробе, дзе роля ўрача ў сэнсе папярэджваньня сьлепаты надзвычайна. Гэта хвароба будзе глаўкома. Па нашаму матар'ялу з 23 сьляпых ад глаўкомы 14 чалавек, г. зн. больш паловы, зьвярнуліся ў клініку праз некалькі месяцаў ад пачатку хваробы. Аб чым гэта сьведчыць? Гэта сьведчыць толькі аб тым, што на гэту хваробу на раёне не зварочваюць належнай увагі і забываюць на надзвычайную дабрадзейнасьць сваячасовай апэрацыі ірыдэктаміі.

Такім чынам мы бачым, што 101 чалавек ці 36 проц. агульнага ліку сьляпых зьвярнуліся за спэцыяльнай дапамогай праз месяц і больш ад моманта хваробы. Я ня лічу тут трахомы, якая амаль што зусім не лячылася. Пасьля разбору матар'ялу я дазволю сабе зрабіць некаторыя вынікі.

1. Пры вельмі асьцярожным абглядзе нашых выпадкаў сьлепаты, усё-ж такі прыходзіцца канстатыраваць, што ў спагадных умовах магчыма было папярэдзіць сьлепату ў 56 выпадках трахомы, у 27 выпадках траўмы, у 25 вып. хвароб рагавіцы, у 6 вып. глаўкомы, усю воспу, ганарэю і ў 15 вып. другіх інфэкц. хвароб. Пры агульным падліку гэта будзе 139 выпадкаў ці 50,2 проц. агульнага ліку сьляпых. Адзнаючы магчымасьць папярэджваньня сьлепаты, я ня толькі асьцярожна падыходзіў к кожнаму выпадку сьлепаты, але і стараўся зьнізіць гэты процант, акрамя таго я кіраваўся вывадамі праф. Галавіна, які лічыць магчымым папярэдзіць сьлепату ў сваім матар'яле ў выпадках трахомы—усю, хваробы рагав.—палову, палову траўматызаваных, усю воспу і г. д.

2. Апроч маральнага значэньня, сьлепата вызывае вялікія эканамічныя расходы. Самы сьціплы падлік дае цыфру ў 4680 руб. на падтрыманьне жызьні сьляпых, якія страцілі зрок на абодва вока толькі ў апошні год (26 чал.), калі дапусьціць, што сьляпы будзе атрымліваць пэнсію ў 15 руб. у месяц. Гэта шкода павялічваецца яшчэ з боку страты сьляп. вырабу. Утрыманьне ўсіх сьляпых акругі, зразумела, абойдзецца надта дорага.

3. Траўматызацыя ў акрузе мае масавы характар. Выдатнае месца займае раненьня ўзрыўнымі рэчамі і дрэвам сярод сялян.

4. Процант сьлепаты ад трахомы і хвароб рагавіцы вельмі высокі.

5. Адзначаецца вялічэзная розьніца ў умовах атрыманьня спэцыяльнай акулістычнай дапамогі паміж насельніцтвам горада і вёскі. Сярод прычын, якія робяць уплыў на гэту розьніцу, трэба паказаць наступныя:

а) бедната і някультурнасьць насельніцтва вёскі, б) поўная адсутнасьць дагляду дзяцей вёскі, асабліва ў жніво, в) нездавальняючая знаёмасьць участковага мэдпэрсанала з вочнымі хваробамі, г) адсутнасьць у Менску агульнае кватэры для трахомных хворых, д) недахоп колькасьці ложак у вочнай клініцы.

Мерапрыемства дзеля барацьбы са сьлепатой.

1. З санітарна-профіляктычнага боку трэба зьвярнуць асаблівую ўвагу на выкладаньне гігіены наогул і гігіены вачэй у прыватнасьці, як у ніжэйшай школе, так і сярэдняй. На вёсцы гігіену абавязкова павінны выкладаць настаўнікі, дзеля чаго аддзел аховы здароўя павінен прыняць меры к азнаямленьню настаўнікаў з гігіенай вока на пэрыядычных курсах у Менску па перападрыхтоўцы настаўнікаў.

2. Дзеля барацьбы з дзіцячай траўматызацыяй на вёсцы неабходна пашырыць арганізацыю летніх дзіцячых ясель.

3. Неабходна прыблізіць спэцыяльную акулістычную дапамогу насельніцтву вёскі. Гэта прыбліжэньне пры сучасных умовах жыцьця магчыма ў двух напрамках: 1) лічу вельмі рацыянальным камандыраваць вучастковага ўрача праз кожныя два гады ў вочную клініку, дзе ён павінен азнаёміцца з мэтадамі дасьледваньня і лячэньня хворых вачамі, 2) было-б карысна мець кожнае лета аднаго спэцыяліста, які кожны год рэгулярна камандыраваўся на раён і рабіў-бы ня толькі лячэбную працу, але адначасна вучыў-бы раённы мэдпэрсанал і вывучаў-бы ўмовы разьвіцьця на акрузе трахомы, сьлепаты і г. д., і тым самым праз некалькі год даў-бы магчымасьць рацыяналізаваць акулістычную дапамогу насельніцтву акругі.

4. У Менску абавязкова павінна быць утворана аддзелам аховы здароўя агульная кватэра спэцыяльна для трахомных хворых, што дасьць магчымасьць сялянам амбуляторна лячыць трахому.

5. Павялічыць колькасьць ложак у клініцы.

6. Падняць культурна-эканамічнае разьвіцьцё насельніцтва.

У заключэньне прынашу падзяку паважанаму Праф. Камінскаму за кіраваньне працай.

Літаратура:

Праф. Галавін. „А сьлепаце“ 1910 г. Моногр.

Д-р. Масьленікаў. „Сьлепата ў Воронеж. губ.“ 1925 г. Моногр.

Д-р. Бербенаў. „Сьлепата ў Кубанскай вобласьці“ 1924 год. Р. офтал. жур.

Д-р. Кіршман. „Сьлепата ў г. Архангельску“. Весьнік офтал за 1914 г.

Проф. Каминский. „К вопросу о распространении трахомы в Минской губ.“.

Д-р. Белілоўскі. „А сьлепаце“ дзіссерт.

Д-р. Камаровіч. „ дзіссерт.

Д-р. Бергер. „ дзіссерт.

Д-р. Руцін. „ дзіссерт.

Д-р. Сергіеў. „ дзіссерт.

Д-р. Карэніцкі. „ дзіссерт.

Д-р. Кавальскі. „ дзіссерт.

Д-р. Вайншт. „ дзіссерт.

Д-р. Лук‘янаў. „Трахома ў Камск. краі“. Моногр. 1925 г.

Д-р. Глаба. „Мерапрыемства па барацьбе з сьлепатой“ 1923 г. офтал. журн.

Д-р. Дворжац. „Траўма вачэй“ 1927 г. асобны адціск (працы Б. Д. У.).

Туберкулез в гор. Могилеве

(По данным Могилевского ЗАГС'а и Тубдиспансера).

Н. Ш. Полесицкий.

Как велико количество больных туберкулезом среди населения? На этот вопрос, имеющий не только академическое, но и большое практическое значение, ответить не легко. Статистика заболеваемости туберкулезом не может ответить на этот вопрос, хотя бы уже по одному тому, что у нас в БССР не существует обязательной заявки туберкулезных заболеваний; статкарточки заполняются на больных только в лечучреждениях, а туберкулезные больные, пользующиеся у частнопрактикующих врачей, ускользают вовсе от учета. Далее не существует единства во взглядах на то, что именно следует считать туберкулезным заболеванием, подлежащим регистрации, и зачастую один врач находит туберкулезное заболевание там, где другой его категорически отрицает. Очень часто необходимо длительное наблюдение над больным, чтобы решить, болен ли он туберкулезом или нет. Иногда такое наблюдение необходимо вести в соответствующем лечебном учреждении с помощью всего современного оборудования, которое, как известно, имеется у нас только в очень немногих, большей частью только в Окружных, городах, у нас же диагноз туберкулеза в статкарточках ставится большей частью на основании амбулаторного осмотра и то однократного.

Даже на Западе, где борьба с туберкулезом начата 25—40 лет тому назад и где гораздо больше, чем у нас, имеется хорошо оборудованных диспансеров, располагающих всеми методами клинического исследования и широко доступных населению, учет заболеваемости туберкулезом оказывается неудовлетворительным. Так, в Англии, где с 1913 г. заявка всех форм туберкулеза является обязательной, отчет министерства за 1924-25 г. отмечает, что из 72.724 вновь зарегистрированных случаев—8.434 стало известно помимо официальных заявок врачей; сколько еще случаев осталось вовсе неизвестными? В Бадене обязательная заявка выраженного туберкулеза легких и гортани существует с 1902 г., а в 1913 г. на 1.307 заявленных случаев было 3171 смертей от туберкулеза. [1]) Очевидно, одной обязательности заявки еще мало; помимо обязательности, необходимо, чтобы как врач, так и больной были в заявке заинтересованы и видели, в этом для себя какую-нибудь пользу или помощь. К созданию таких условий и направлена работа диспансеров. К сожалению, у нас в огромном большинстве случаев таких условий пока еще не существует. Поэтому до сих пор в силе остается высказанное Ф. Принцингом мнение, что „единственным верным масштабом для суждения о распространенности туберкулеза может служить лишь статистика смертности". Однако и этим путем не всегда можно получить вполне достоверные сведения,

---

[1]) Р. Якуб Анваер. „Туберкулез, как социально-гигиеническая проблема" в сборнике: „Туберкулез и борьба с ним".

в особенности, в условиях нашей действительности, так как причины смерти у нас не всегда устанавливаются достаточно точно, а самый учет смертности не всегда находится на должной высоте.

В то время как на Западе уже давно введена обязательность врачебного удостоверения о причинах смерти, а по отношению к лицам, умершим без врачебного пользования, проводится обязательный осмотр и обследование трупа врачем или особым чиновником (Leichenschauer, Coroner) у нас по всему СССР представление врачебного свидетельства о причинах смерти сделано обязательным только с 18-го июня 1925 г.

В Могилеве пред'явление врачебного свидетельства о причинах смерти стало требоваться с момента организации ЗАГС'а, т. е. с 1918 г. но работники ЗАГС'а ни разу за все это время надлежащим образом не инструктировались, и представляемые удостоверения часто весьма неудовлетворительны.

Значительная часть справок, просмотренных мною в Могилевском ЗАГС'е при составлении настоящей работы, выданы лекпомами, часто ротными. В этих справках очень часто указываются такие причины смерти, как „детская болезнь", „конвульсия", „сердечная слабость", „задышка", в одном случае, по мнению лица, выдавшего справку, причиной смерти послужило даже „биение сердца", часто указывается менингит без определения, какой именно; даже из 1-й Советской больницы удостоверяется сепсис без указания источника его, и за последние 3 года я вообще не нашел ни одной справки, где указывалось бы, что причиной смерти был послеродовой сепсис. Иногда лечит больного один врач, а справку о причине смерти выдает другой, видевший больного только случайно перед смертью и неимевший возможности поставить точный диагноз.

С октября месяца 1926 года Могилевский Тубдиспансер во всех зарегистрированных в ЗАГС'е случаях смерти от туберкулеза, которые кажутся недостаточно ясными, производит опрос лечивших больного врачей и в настоящее время мы уже располагаем рядом случаев, где удалось установить другую причину смерти, как-то: рак желудка, порок сердца, кровоизлияние в мозг. Насколько непродуманно выдаются иногда врачами справки о причинах смерти видно в особенности из следующего случая. В феврале 1927 г. мы нашли в ЗАГС'е запись о том, что причиной смерти гр-ки Н. была „пнеймония и туберкулез легких". На посланный врачу, выдавшему справку, запрос мы получили такой ответ: „В данной справке я действительно указал, что больная умерла от левосторонней крупозной пнеймонии и туберкулеза легких. Я считаю, что непосредственной причиной смерти была пнеймония, что же касается моего указания на туберкулез, то я основывался на об'ективных данных и заявлении родственников о бывшем несколько времени тому назад кровохарканьи. Исследования мокроты на палочки Коха не было произведено, так как я посетил умершую только один раз накануне ее смерти". Очевидно, что и врачи не всегда достаточно ясно представляют себе цели, преследуемые регистрацией причин смертности.

Имеющиеся в ЗАГС'е сведения о причинах смерти кроют в себе еще один источник ошибок, который необходимо принять во внимание при вычислении смертности среди населения г. Могилева. Дело в том, что иногда в записи видно только место смерти (Могилев), но нет места жительства, не указано: не был ли умерший приезжим или деревенским жителем, не указан могилевский адрес умершего и т. д. Производя выборку всех случаев смерти от туберкулеза, по материалам ЗАГС'а,

нам пришлось ряд случаев исключить из обработки, так как это были несомненно не могилевские жители; с 1925 г. это было тем легче сделать, так как с этого времени был открыт Могилевский диспансер и квартиры умерших от туберкулеза легких посещались патронажными сестрами, при чем сами собой выявлялись приезжие. Не вошли также в обработку случаи смерти от туберкулеза в Могилевской Окружной Психолечебнице, которых особенно много зарегистрировано в 1920—24 г. г. [1])

После этих поправок и оговорок необходимо все же еще раз подчеркнуть, что приводимые ниже цифры дают только приблизительную картину туберкулезной смертности в гор. Могилеве, а отнюдь не абсолютно верное ее отражение.

По данным переписи 1923 г. население Могилева составляло 43.459 чел., из коих умерло 700 [2]) или 16,0 на 1000. По переписи 1926 г. в Могилеве оказалось уже населения 50.219 чел., а умерло 679 [2]) или 13,5 на 1000. Между тем в последний год перед войной, т. е. в 1913 г., в Могилеве по данным памятной книжки Губ. Земства числилось 6.9707 чел., а умерло 1193 чел. или 17,1 на 1000. Таким образом, мы видим, что общая смертность на 1000 населения была в Могилеве в 1923 г. ниже, чем в 1913 г., при чем она продолжала и дальше падать.

Какова была смертность от туберкулеза в 1913 г., к сожалению, установить невозможно, так как причины смерти в то время не регистрировались, но так как и всегда и всюду с падением общей смертности падает и смертность от туберкулеза, то нужно думать, что в 1923 г. в Могилеве и от туберкулеза смертность была меньшая, чем в 1913 г., чем об'яснить это явление? Что оно не случайно видно из того, что оно наблюдалось не только у нас, но и в других странах. Так, в Саксонии [3]) смертность от туберкулеза в 1913 г. составляла 12,92 на 10000 населения, в годы войны смертность от tbc увеличилась во много раз, доходя в 1918 г.до 31,36 на 10000 населения, а с прекращением войны она в 1921 г. упала до 11,73, продолжая дальше падать. Условия жизни населения в Могилеве в 1923 г. и в Саксонии в 1921 г. конечно были не лучше, а хуже чем в довоенное время. Из возможных об'яснений наиболее вероятным является нижеследующее, данное B. Nauffe:

„Годы, когда наблюдалось резкое повышение смертности населения, произвели так сказать преждевременную чистку среди тех, кто при естественном ходе вещей созрели бы для смерти лишь в последующие годы, и именно за счет уменьшения этого слоя уменьшилась жатва смерти в наши дни [4]).

Необходимо однако оговориться, что причина, указанная B. Nauff'ом, является вероятно не единственной. Несомненно, например, что к уменьшению общей смертности должны были привести и отлив из города значительной части мужского населения и связанное с ним увеличение среди населения гор. Могилева в процентном отношении количества женщин. Так, в 1913 г. в Могилеве мужчин было 36138 или 52 проц., а женщин 33569 или 48 проц., а в 1923 г. мужчин 21022 или 48,8, а женщин 22437 или 51,2 проц. Между тем как в 1913 г.,

---

[1]) О необходимости исключения туберкулезной смертности в окружных психолечебницах из туберк. смертности городов, где эти лечебницы расположены, смотри A. Weber „Die Tuberculose sterblichkeit in freistaat Sachsen“ Zeitschr. für Tbc B 44 st. 1

[2]) В эту цифру входят все без исключения случаи смерти, зарегистрированные в ЗАГС'е как местные, так и иногородние, что сделано для удобства сравнения с 1913 г.

[3]) A. Weber: Loc cit.

[4]) B. Hauffe: Die Tuberculose sterblichkeit on Chemnitz Zeitschr für Tbc B 44 H. 2.

так и в 1923 г. женщины давали общую смертность значительно меньшую, чем мужчины. В 1913 г. смертность мужчин 18 5, женщин 15,3, в 1923 г. смертность мужчин 18,4, женщин 14,0 на 1000 населения. Возможно, что имеются и еще другие причины, оставшиеся невыявленными. Смертность общая и туберкулезная в абсолютных числах за период 1920—1926 г. г. и отношение туберкулезной смертности к общей в проц. (так называемый экстенсивный коэффициент) видны из нижеследующей таблицы:

Таблица № 1.

Годы	Общее число смертей	Число смертей от туберкулеза	Экстенсивн. коэффициент
1920	1267	68	5.3
1921	787	51	6,4
1922	753	82	10.8
1923	700	87	12.4
1924	744	72	9.6
1925	735	77	10.4
1926	679	66	9.7

Как видно из таблицы № 1 абсолютное количество смертных случаев от туберкулеза колебалось по отдельным годам в небольших размерах и в 1926 г. почти равнялось 1920-му году (66 против 68). Экстенсивный коэффициент смертности от туберкулеза за период 1920—1926 г. г. увеличился между тем почти вдвое (9,7 против 5,3), но рост его об'ясняется падением общей смертности, происходившей, главным образом, за счет прекращения эпидемий.

Если в общем за последние годы в Могилеве на туберкулезные заболевания приходится 10 проц. всех смертных случаев, то по отдельным возрастным группам картина получается иная. Привожу для сравнения таблицу № 2 с данными за 1925 г., как наиболее характерными, из нее видно, что в возрасте 20—29 л. туберкулезные заболевания составляли 51,8 проц. общей смертности этого возраста, т. е. из 2-х умерших, один погибал от туберкулеза; а между 30 и 50 от туберкулеза погибал 1 из 3-х умерших в этом возрасте; наименьшее участие туберкулеза в общей смертности наблюдается в возрасте до 1 г. и старше 60 лет.[1])

Таблица № 2.

Возраст	Число умер. всего.	В том числе от туберкулеза	Отношение туберкулезн. смертности к общей в %%
До 1 г.	145	3	2.0
От 1 г. до 7	67	9	13.5
„ 8 — 14	18	3	16.6
„ 15 — 19	23	8	34,7
„ 20 — 29	54	28	51,8
„ 30 — 39	42	15	35.7
„ 40 — 49	41	14	34,1
„ 50 — 59	61	12	19,6
„ 60 и старше	172	11	6,4

[1]) Предоставлением особо тщательно разработанных данных о смертности по гор. Могилеву за 1925 г. я обязан любезности горсанврача И. Блюдинского.

Всего за период 1920—1926 г. по гор. Могилеву умерло от туберкулеза мужчин 262, женщин 208, смертность мужчин составляла 121 проц. смертности женщин. Хотя мужская смертность от туберкулеза обычно и всюду бывает больше женской, но в Могилеве разница эта выражена не так резко, как в других городах. Так, в Саратове в 1923—25 г. мужская смертность составляла в среднем 200 проц. женской; [1]) такое же приблизительно соотношение можно получить за те же годы и для Самары [2]). Это взаимоотношение колеблется однако по отдельным возрастным группам, как это видно из таблицы № 3, в которой сопоставлена смертность от туберкулеза на 10000 населения одного возраста и пола.

Для составления таблицы № 3 численность населения гор. Могилеве взята по переписи 1923 г., а смертность от туберкулеза в каждой возрастной группе того и другого пола взята средняя за 1922, 23 и 24 г. г., т. е. средняя за год переписи, год предшествовавший ей и год последующий за нею. Для сравнения приведена смертность от туберкулеза по 23 гор. УССР за 1923 [3]) и те же данные изображены в виде кривых на диаграмме.

Смертность от туберкулеза на 10000 населения одного и того же пола и возраста.

Таблица № 3.

По Могилеву за 1923 г.				По 23 гор. УССР за 1923 г.		
Возраст.	Мужч.	Женщ.	Всего.	Возраст.	Мужч.	Женщ.
До 1 г.	77,6	43,1	60,8	До 1 г.	41,8	35,2
От 1 г.— 3	39,7	33,2	37,0	От 1— 4	25,4	25,2
„ 4— 7	11,4	11,3	11,3	„ 5— 9	10,1	11,3
„ 8—14	6,1	11,5	8,8	„ 10—14	6,4	5,9
„ 15-16	1,3	2,4	2,1	„ 15—19	14,4	12,2
„ 17—19	13,8	12,7	13,4	„ 20—24	33,6	21,1
„ 20—29	20,9	24,9	22,6	„ 25—29	33,2	22,1
„ 30-39	20,5	28,1	24,2	„ 30-39	33,0	21,6
„ 40-49	40,4	10,3	22,7	„ 40—49	37,2	17,8
„ 50-59	37,6	12,8	23,7	„ 50-59	40,5	20,3
„ 60 и старше	12,3	7,0	9,5	„ 60 и старше	43,1	20,9
В среднем	21,0	16,0	17,7	В среднем	27,4	18

[1]) Н. Шустерман. Смертность от tbc в Саратове в 1923 г. Вопр. Туберкулез № 1 за 1927 г.

[2]) См. М. Соскинд. Смертность от tbc в Самаре (Вопр. Туберк. № 3 за 1926 г.).

[3]) Н. С. Морозовский. Опыт изучения смертности от туберкулеза в гор. Украины за 1924-25 г. г. „Проф. мед. № 3 за 1926 г.“

Если сравнить среднюю смертность от туберкулеза на 10000 населения в Могилеве со смертностью других городов за тот же 1923 г., то получим следующий нисходящий ряд:

Самара	смерность от туберкулеза	36,4
Н.-Новгород	" " "	34,8
Киев	" " "	28,3
Ленинград	" " "	24,0
23 города УССР	" " "	22,5
Могилев	" " "	17,7
Харьков	" " "	17,6
Москва	" " "	14,6

Таким образом, Могилев принадлежит к числу городов с относительно небольшой туберкулезной смертностью. К сожалению, у нас нет сведений, исключались ли в указанных здесь городах иногородние из статистики или нет. Возможно, что большие цифры смертности от туберкулеза в крупных городах получаются за счет приезжих, умирающих в лечебных заведениях и не исключенных при составлении сводки и вычислении смертности на 10000 населения.

Таблица № 3 выявляет более рельефно различие в туберкулезной смертности мужчин и женщин. Если оставить в стороне возраст до 3-х лет, в котором диагноз туберкулезного заболевания представляет большие затруднения и не всегда достоверен, то в дальнейшем оказывается, что в возрасте от 8—14 лет смертность среди девочек значительно больше, чем среди мальчиков, а в возрасте от 20 до 40 л. смертность от туберкулеза среди женщин значительно превышает смертность среди мужчин, и только в возрасте старше 40 лет мужская смертность от туберкулеза начинает резко превалировать над женской, превышая ее в 3-4 раза.

Остановимся подробнее на 1-м моменте. То обстоятельство, что в школьном возрасте смертность от туберкулеза среди девочек большая, чем среди мальчиков, отмечено давно и во многих странах, не только на континенте, но и в Америке[1]). Из новейших сводок этого рода я приведу здесь лишь данные о смертности от туберкулеза среди детей в Пруссии за 1922 г., опубликованные д-ром Helm в Tuberculose-Fürsorge Blatt за февраль 1926 года.

Детская смертность от tbc в Пруссии за 1922 г. на 10000.

	До 1 г.	От 1—2	От 2—3	От 3—5	От 5—10	От 10—15
Мальчиков . . .	20,19	12,16	8,61	6,62	3,40	3,40
Девочек	16,74	11,75	7,10	6,73	4,17	6,01

[1]) Смотри напр. у К. Помельцова. „Смертность от туберкулеза в Австрии". Вопр. туб. № 2 за 1926 г.

И также в журн. по „Изуч. Ран. Дет. Возр." Т 5 № 4 реферат работы **G. Grelet** о смертности в Нью-Иорке.

Хотя полученные д-ром Helm цифры значительно меньше могилевских, но в общем сохраняется та же закономерность, и смертность у девочек в возрасте 10-15 лет почти вдвое превышает смертность мальчиков. Отмечено это явление в СССР в Самаре по данным Сосканда, в Саратове за 1924-25 г. по данным Шустермана и у других. Чем это явление об'ясняется сказать трудно. Возможно, что девочки, как более связанные с семьей и домашним хозяйством, больше подвергаются опасности внутри-семейной инфекции. По материалам Могилевского Диспансера в семьях, где имеются бациллярные больные, количество контактов девочек в возрасте 8—14 лет значительно больше, чем мальчиков, но сделать из этого какие-либо выводы в связи со смертностью еще нельзя. Возможно, что здесь играют роль и какие-нибудь биологические особенности этого возраста.

Переходя от детского возраста к взрослым, мы видим, что кривая женской смертности от туберкулеза, начиная резко повышаться к возрасту 17—19 лет, достигает своего максимума в возрасте 30—39 лет и затем довольно круто снижается. При этом в возрасте 20—39 лет смертность среди женщин оказывается выше мужской, вероятно потому, что в этом возрасте действует та вредность, которая более всего подрывает сопротивление женского организма туберкулезу—мы имеем в виду деторождение. То же явление мы видим, например, в Пруссии по данным за 1909 год. Удивительным образом явление это не отразилось ни в одной из известных нам работ по смертности от tbc в пределах СССР, так как во всех этих работах интенсивный коэффициент у мужчин во всех возрастах значительно больший, чем у женщин. Между тем, если в больших городах, как Ленинград, возможно, что указанная женская вредность (деторождение) компенсировалась у мужчин того-же возраста—большим участием их в производстве с его вредностями, то в данных по 23 городам УССР, где ряд городов имеет население равное и даже меньшее, чем Могилев, это явление оказаться должно было бы, и разница в полученной картине туберкулезной смертности об'ясняется вероятно различием в самом материале, который подвергался разработке, и, может быть, в методах его разработки [1]).

В отличие от женской смертности кривая мужской в возрасте старше 40 лет не только не снижается, но резко (почти вдвое) повышается и дает снижение только в возрасте старше 60 лет. Чем об'ясняется такое повышение мужской смертности от туберкулеза в том возрасте, когда женская смертность начинает уже уменьшаться?

---

[1]) Приведенные данные требуют проверки на большом материале с более точными вычислениями, чем у автора.

По данным ЦСУ в 23 г. смертность от туберкулеза по полу и возрасту в уездных городах Белоруссии представляется в следующем виде:

	М.	Ж.		М.	Ж.
до 1 года . .	71.7	48,1	20—29 л. . .	28,3	20,8
1—4 л. . .	42.1	39,9	30—39 л. . .	30,3	29,6
5—9 л. . .	10.6	10.5	40—49 л. . .	33,8	20,6
10—14 л. . .	8.2	6,5	50—59 л. . .	49.1	21.8
15—19 л. . .	10.9	15.4	60 л. и . .	42,1	15.3
			Все возр. . .	29.3	21,2

т. е. в общем наши данные сходятся с украинскими, выражая более высокую смертность мужчин от туберкулеза, за исключением возрастной группы 15—19 л.

Редакция.

Нет ли тут какой нибудь ошибки? Вот те вопросы, которые сами собой возникают при рассмотрении этой части таблицы № 3, настолько странным представляется нам такой ход кривой мужской смертности. В возрасте 40—50 лет можно действительно ожидать, что число мужских смертей от tbc на 10.000 населения окажется значительно большим, чем в возрасте 20—40 лет. Так, если высчитать количество известных Могилевскому Тубдиспансеру бациллоносителей мужчин на 10.000 населения того же пола и возраста, то окажется, что в возрасте 20—39 лет нам известно 70,3, а в возрасте 40—49 лет известно—121,3 бациллоносителя мужчины на 10.000. Но уже в возрасте 50—59 лет количество известных нам бациллоносителей значительно меньше и составляет на 10.000 населения того же пола и возраста столько же сколько и в возрасте 20—39 лет, а в возрасте старше 60 лет оно и вовсе незначительно. Конечно по количеству зарегистрированных у нас больных различного возраста нельзя с достоверностью судить о соотношении их в населении.

Несомненно, что население в возрасте старше 50 лет реже обращается в Тубдиспансер, чем люди более молодые, все-же некоторое представление о действительном соотношении вещей цифры зарегистрированных больных дают и они показывают, что количество смертей в возрасте старше 50 лет среди мужчин в действительности вряд-ли так велико, как показывает регистрация смертности в ЗАГС'е. Возможно, что здесь в рубрику смертей от туберкулеза входит и известное количество нетуберкулезных заболеваний легких (хронич. бронхит, новообразования, сифилис), которые в этом возрасте как раз наблюдаются и при том у мужчин чаще, чем у женщин. На такую возможность указал уже руководитель Костромского Тубдиспансера д-р Шебшаевич[1]). Возможно, что здесь сыграло роль и малое количество случаев, с которыми пришлось оперировать (31 в возрасте 40—49 и 24 в возрасте 50—59 за три года).

Основываясь на полученных нами цифрах туберкулезной смертности по гор. Могилеву можно попытаться определить и туберкулезную заболеваемость в нем. К этому можно подойти несколькими путями. Основатель, так назыв. Эдинбургской диспансерной системы, имеющей много общего с нашей, сэр Р. Филипп считает, что число умерших от tbc относится к числу живых как 1: 9, таким образом на 70 смертных случаев в Могилеве должно быть около 630 больных. По данным Фрамингамской Демонстрации Здоровья в населении имеется 1% активных туберкулезных больных и 1% подлежащих наблюдению, как сомнительных; по этому расчету в Могилеве должно быть 500 активных туберкулезных больных. В виду расплывчатости понятия активного и неактивного туберкулеза особого внимания заслуживают попытки определения количества бациллоносителей в населении.

Считая, что все умирающие от туберкулеза легких при жизни являются бациллоносителями и что средняя длительность жизни бациллоносителя равна максимум 4-м годам Бройнинг пришел к выводу, что количество бациллоносителей в населении превышает в 4 раза годовое количество умерших от туберкулеза легких. Так как в Могилеве от туберкулеза легких, по данным ЗАГС'а, умирает ежегодно около 60 чел., то количество бациллярных больных в населении должно составлять максимум 240 чел. Допуская, что основание, на которых строит свой расчет Бройнинг, требует еще проверки, мы попробуем

[1]) Вопросы туб. 1926 г., № 5.

подойти к решению этого вопроса еще и другим путем. За последние $1/2$ года среди умирающих от туберкулеза легких оказывается не менее половины, состоявших на учете в тубдиспансере; мы можем поэтому принять, что на учете в тубдиспансере состоит также не менее половины бациллоносителей; а так как диспансеру известны по гор. Могилеву на 1 мая 1927 г. 123 бациллоносителя, то общее число их вероятно не больше 240 человек. Полученные по обоим расчетам цифры почти совпадают. По принятой в нашем диспансере системе учитываются отдельно следующие группы: 1) бациллоносители, 2) активные больные, подлежающие постоянному наблюдению, 3) сомнительные случаи, подлежащие 2-х летнему испытательному наблюдению, 4) контакты и 5) внелегочный туберкулез. На 1-е мая 1927 г. мы имеем по городу Могилеву в этих группах следующее количество больных.

Таблица № 4.

Состав больных Могилевского Диспансера на 1 мая 1927 г.

Характер болезни.	Мужч.	Женщ.	Всего.
Бациллярных	73	47	120
Активных	184	167	351
Подлежащих 2-х летн. наблюдению .	255	187	442
Контактов взрослых	17	26	43
Контактов детей	53	72	125
Хирургических и кожных . . .	19	17	36

На основании изложенных выше соображений можно думать, что эти цифры представляют половину того действительного количества больных, которые должны быть на учете диспансера.

Из этой таблицы видно, что не охвачено еще Тубдиспансером значительное количество женщин. Эта группа в той части ее, которая состоит из иждивенцев или вовсе незастрахованных, не может расчитывать ни на отправку в санаторию, ни на помощь в нашем подсобном учреждении, поэтому вероятно и обращаемость здесь меньшая. Не охвачены и больные хирургическим туберкулезом, так как недостаток места в диспансере не позволял до сих пор устроить перевязочную и иметь отдельный прием по хирургическому туберкулезу. Только теперь, с предстоящим открытием ночной санатории и переводом в новое помещение диагностического стационара, намечается возможность правильного ведения приема по хирургическому туберкулезу.

Рассмотренные выше цифры выявляют более реально нужды туберкулезн. организаций г. Могилева и ее недочеты, так, например, по фрамингамскому штандарту для г. Могилева необходимо было бы иметь 60 туберкулезных коек (1 койку на каждый смертный случай). Между тем г. Могилев туберкулезных коек вовсе не имеет, а в терапевтическое отделение I-й Сов. больницы туберкулезные больные не принимаются. Таким образом даже в острых и тяжелых случаях туберкулеза больные умирают в своей домашней обстановке, угрожая опасностью заражения для окружающих и иногда ложась тяжестью на

фонд „Г“, из которого приходится оплачивать (если они застрахованные) медицинскую помощь, ухаживающий персонал и т. д. Не бходимость в туберкулезных койках совершенно очевидна. Вопрос этот тубдиспансером несколько раз в соответствующих инстанциях возбуждался и, судя по принятым резолюциям, будет с нового бюджетного года разрешен в положительном смысле.

И в построении всей сети туберкулезных учреждений по гор. Могилеву необходимо будет также считаться с теми данными, которые получены на основании учета смертности от tbc. В этом и заключается практическое значение выполненной нами работы.

К вопросу о борьбе с туберкулезом в деревне.

Г. Зеликин.

На значительную заболеваемость сельского населения туберкулезом было уже давно обращено внимание многими санитарными и общественными врачами, и вопрос этот неоднократно обсуждался на губернских с'ездах земских врачей. Так, например, на губернском с'езде врачей и представителей земств Костромской губ. (27/VIII—7/IX 1909 года) по докладу о туберкулезе было, между прочим, постановлено:

„Передать на рассмотрение местных уездных санитарных советов пожелание—при всех участковых больницах устроить заразно-хронические отделения для больных с острым неизлечимым туберкулезом, в целях выделения этих больных из среды здоровых людей и их семейств“ [1]).

На заседании Правления Всероссийской Лиги для борьбы с туберкулезом от 15 апреля 1914 года обсуждался вопрос о времени и месте созыва совещания по вопросу о борьбе с туберкулезом в сельской России.

О необходимости вести борьбу с туберкулезом на селе говорили большинство губернских земских с'ездов и совещания Лиги для борьбы с туберкулезом, но практических мероприятий не было сделано почти никаких. Благодаря же начавшейся империалистической войне, вопрос этот заглох на долгое время.

С новой силой вопрос этот выдвинут за последнее время. Снова о нем заговорили на с'ездах участковых врачей и на туберкулезных с'ездах. Вопрос этот становится все более и более жгучим и усиленно обсуждается на страницах периодической медицинской печати, как общей, так и специально туберкулезной. В Советском Союзе и у нас в Белоруссии уже началась противотуберкулезная работа на селе. Однако, отрадно уже то, что дело борьбы с туберкулезом на селе сдвинуто с мертвой точки, и уже положено начало практическому проведению этой борьбы.

Что туберкулез сильно распространен в сельских местностях, я имел возможность убедиться в течение 14-ти летней работы на медицинских участках, а затем в 3-х туберкулезных диспансерах. В последнем диспансере в городе Полоцке, который начал функционировать с июля 1926 г., в силу местных условий, приходится оказывать помощь значительному количеству крестьян и прочего сельского населения. В течение первых шести месяцев в Полоцкий диспансер всего обратилось 1195 человек, в том числе из г. Полоцка 871 (72,89 проц.), а из сельских местностей 324 (27,11 проц.).

---

[1]) „Врачебная газета“ 1909, стр. 1308.

При этом поразительно мало количество обращающихся из округа детей. В то время как из г. Полоцка обратилось:

530 взрослых . (60,85 проц.)
341 детей . . (39,15 „)

из округа обратилось:

278 взрослых . (85,8 „)
46 детей . . (14,2 „)

И это вполне понятно, так как участковые врачи направляют в тубдиспансер больных в большинстве случаев только с резко выраженным туберкулезом, который в детском возрасте наблюдается значительно реже, чем у взрослых.

Из больных, обращающихся из сельских местностей, поражает большое число тяжелых форм заболевания туберкулезом, как это видно из следующей таблицы:

Формы туберкулезных заболеваний у взрослых.	Из г. Полоцка.			Из округа.		
	Число больных.	% отнош.		Число больных.	% отнош.	
A I	91	17,17		29	10,43	
A II	51	9,62	28.49	22	7.91	19,0
A III	9	1,7		2	0,72	
B I	27	5.1		13	4.67	
B II	34	6,4		39	14	
B III	20	3.77	15.65	47	17	41,39
C II	—	—		2	0,72	
C III	2	0,38		14	5	
Плеврит	13	2.45		1	0.36	
Перибронхит	72	13,6		25	9	
Туберкулез бронхиальн. желез	20	3,77		—	—	
Туберкулез прочих желез.	3	0.57	21,15	2	0.72	14.04
Туберкулез гортани .	—	—		1	0.36	
Туберкулез костей и суставов.	3	0.57		10	3.6	
Туберкулез мочеполовых органов	1	0,19		—	—	
Практически здоровых .	3	4.34		14	5	
Не туберкулезных . .	45	8,5	34,72	15	5,4	25.5
Не выясненных . . .	116	21.89		42	15.1	
	530	100		278	100	

Из этой таблицы ясно видно, что среди больных, обращающихся из гор. Полоцка, преобладают компенсированные формы туберкулеза; из сельских же местностей преобладают субкомпенсированные и декомпенсированные формы. И это преобладание не только относительное, но и абсолютное. Больных с B II и B III из г. Полоцка было 54, а из округа же 86; больных с C II и C III из города было всего только 2, а из округа—16. Это указывает не только на сильное распространие туберкулеза среди сельского населения, но и на тяжелое течение туберкулезного процесса в деревнях. Там, повидимому, туберкулез представляет страшное бедствие, от которого вымирает большое количество крестьянского населения.

В сельских местностях тяжелые формы туберкулеза не щадят и детского возраста. Там не только взрослые, но и дети в значительно большей степени подвержены тяжелым заболеваниям туберкулезом, чем в городах. Наглядно можно это видеть из прилагаемой таблицы:

Формы туберкулезных заболеваний у детей.	Из г. Полоцка.		Из округа.	
	Число больных.	% отнош.	Число больных.	% отнош.
Туберкулез без определ. локализации . . .	55	16.13	—	—
Туберкулез бронхиальн. и проч. желез . .	97	28,44	4	8.7
A I	13	3,81	—	—
A II	2	0.59	1	2.17
A III	1	0.29	—	—
B I	18	5.27	2	4.35
B II	3	0.88	—	—
B III	—	—	5	10,87
C II	1	0.29	—	—
C III	—	—	1	2,17
Туберкулез костей и суставов	22	6,45	22	47,82
Прочие формы туберкулеза	9	2.63	2	4.35
Не туберкулезные . .	76	22,29	5	10.87
Не выясненные . . .	44	12.93	4	8.7
	341	100	46	100

В то время, как среди детей г. Полоцка наблюдалось субкомпенсированных и декомпенсированных форм легочного туберкулеза 6,44 %,

среди детей из сельских местностей те же формы туберкулеза наблюдались в 17,39 проц.—почти в 3 раза больше.

Особенно поражает огромное количество костного туберкулеза в деревнях. Среди детей г. Полоцка он наблюдался в 6,45 проц., а среди детей из округа почти в 50 проц. И на это обстоятельство должно быть обращено самое серьезное внимание, так как при отсутствии на селе более или менее квалифицированной хирургической помощи, заболевания костным туберкулезом чаще всего ведут к тяжелым непоправимым уродствам.

Обращает на себя внимание еще то обстоятельство, что в городе тяжелыми формами туберкулеза поражены почти одинаково мужчины и женщины; в сельских же местностях тяжелые формы туберкулеза наблюдаются, главным образом, среди женщин. Формы В и С легочного туберкулеза среди мужчин и женщин распределяются следующим образом:

	Мужчины.		Женщины.		Мальчики.		Девочки.	
		В проц.		В проц.		В проц.		В проц.
В городе .	44	16.67	39	14,66	10	6.45	12	6.45
На селе.	55	33.13	60	53,57	2	10	6	23

Это преобладание тяжелых форм туберкулеза на селе среди женщин об'ясняется, надо полагать, тем обстоятельством, что женщины работают больше дома (прядут), мужчины же и в зимнее время работают больше на свежем воздухе.

Что тяжелыми формами туберкулеза поражается в деревнях главным образом крестьянское население видно из следующей таблицы:

Социальное положение больных	Формы туберк. заболевания.					Всего.	
	В I	В II	В III	С II	С III		В проц.
Крестьяне	5	28	40	2	12	87	75.65
Школьные работники .	2	—	1	—	1	4	3.48
Совторгслужащие . .	—	3	1	--	—	4	3.48
Союза Рабземлеса . .	1	2	1	—	—	4	3.48
„ Строителей . .	2	—	—	—	—	2	1.74
„ Химиков . . .	—	1	—	—	—	1	0,87
Иждивенцы	1	2	1	—	—	4	3.48
Проч. группы населения	2	3	3	—	1	9	7.82

Само собою разумеется, что все приведенные цифры не могут служить статистическим материалом распространения туберкулеза на

селе, но они с достаточной убедительностью доказывают, что туберкулез в деревне принимает весьма грозные размеры, и нельзя оставаться равнодушными к этому народному бедствию, уносящему много жертв. Надо немедленно приступить к изучению сельского туберкулеза, так как мы с ним слишком мало знакомы, а затем приступить к борьбе с туберкулезом на селе, ибо „промедление смерти подобно".

Что же в этом отношении можно предпринять в настоящее время? Там, где только имеется возможность, надо продолжать открывать сельские диспансеры. Но в громадном большинстве случаев это является невозможным, и не надо закрывать глаза на то, что еще долгое время главное внимание будет обращено на развитие противотуберкулезной борьбы в городах, а для деревни в этом отношении будет делаться очень мало. Вот поэтому то городские диспансеры должны отказаться от принципа строгого районирования своей работы, а уделить часть своего внимания и деревне. Участковые врачи в большинстве случаев незнакомы ни с современной классификацией туберкулеза, ни с методами распознавания этой болезни, ни с методами противотуберкулезной борьбы. Один из диспансерных врачей города должен время от времени выезжать на медицинские участки и инструктировать своих товарищей по всем этим вопросам. Городской диспансер от временного отсутствия одного из врачей, даже и самого опытного, мало пострадает, но зато участки много выиграют. Кроме того, участковые врачи должны, хотя бы на короткое время, прикомандировываться к тубдиспансеру, чтобы ознакомиться с характером его работы, с методами исследования и лечения туберкулеза.

Само собою разумеется, что штаты медицинских участков должны быть усилены хотя бы одной сестрой-обследовательницей, и при наличии на участке двух врачей можно там организовать противотуберкулезную работу. Медицинский пункт, таким образом, одновременно будет служить и диспансерным пунктом. При умелом инструктировании со стороны городского диспансера на нем постоянно должна развиваться противотуберкулезная работа.

Сначала берутся на учет туберкулезные больные того села, где расположен медицинский пункт, и привлекаются к работе все сознательные элементы, проявляющие интерес к противотуберкулезной работе. При больнице открывается отделение для помещения тяжелых туберкулезных больных, которые должны быть изолированы от общения с другими. Диспансерной работой начинают заинтересовываться в более или менее отдаленных от медицинского пункта местах; там также тяжело больные берутся под наблюдение диспансерного пункта. Противотуберкулезная работа ведется также в школах; к этой работе привлекаются школьные работники и более взрослые учащиеся. Планомерное обследование школьников, собрания родителей, которых знакомят с результатами обследования их детей и с необходимыми противотуберкулезными мероприятиями, организация детских туб'ячеек и умелое руководство ими хорошо инструктированными школьными работниками—все это поведет к оздоровлению семьи и этим самым к укреплению детского организма.

Далее должно быть обращено самое серьезное внимание на борьбу с костным туберкулезом, который, несомненно, в деревне имеет большое распространение. Участковые врачи должны быть достаточно подготовлены для этой важной и необходимой работы в условиях сельской врачебной деятельности. Для ознакомления с методами вытяжения, наложения гипсовых и других неподвижных повязок, массажа и врачебной гимнастики не требуется много времени,

а между тем своевременным применением этих мероприятий можно предотвратить много искривлений и уродств и многих детей можно спасти от инвалидности. Само собой разумеется, что медицинские участки должны быть в достататочной степени оборудованы для этой работы. Кроме того, весьма желательно на некоторых медицинских участках оборудовать лечение ртутно-кварцевой лампой, которое при некоторых формах туберкулеза оказывает весьма ценные услуги.

Не малое значение могла бы иметь организация при медицинских пунктах на летние месяцы соляриев. Помимо той пользы, которую могут принести солярии в деле лечения некоторых форм туберкулеза, они будут служить для населения наглядным доказательством пользы солнечного света и свежего воздуха для укрепления организма вообще и лечения туберкулеза в особенности. Лечиться в солярии могут больные не только данного села, но и из более или менее отдаленных мест; при чем весьма желательно устройство для последних общежития.

Все эти мероприятия на селе должны проводиться при постоянном инструктировании и руководстве со стороны городского туб. диспансера. Благодаря этим мероприятиям, диспансерный пункт будет привлекать к себе все больше и больше внимания сельского населения, интерес к противотуберкулезной работе будет постепенно расти, а это в свою очередь будет способствовать вовлечению наиболее сознательного сельского населения в эту работу и дальнейшему успешному проведению необходимых противотуберкулезных мероприятий. При этом весьма важно, чтобы участковые врачи время от времени получали возможность пополнять свои знания, чтобы работа их протекала в наиболее благоприятных условиях, которые привлекали бы врачей на участки, а не заставляли бы их бежать оттуда. Только при этих условиях и можно ожидать от участкового врача проявления инициативы, сознательности и энергии—качеств, столь необходимых для врачебной деятельности вообще и для противотуберкулезной работы в частности.

Необходимо указать еще на одно весьма важное обстоятельство—это необходимость единения всех врачебных сил на участках между собой и с ближайшим туберкулезным диспансером. Тесное единение между всеми работниками по борьбе с туберкулезом вызовет в участковом враче интерес к противотуберкулезной работе, вызовет соревнование, даст ему нравственную поддержку преодолеть всевозможные тормозы в работе, будет постепенно фиксировать его внимание на борьбе с туберкулезом и даст ему возможность следить за успехами науки о туберкулезе.

К осуществлению всех этих мероприятий не только можно, но и необходимо приступить сейчас же, тем более, что эти мероприятия не потребуют больших денежных затрат, так как не должны создаваться новые учреждения, а только расширяться уже имеющиеся врачебные пункты. Польза же для сельского населения может получиться весьма значительная и деревенское население, столь нуждающееся в противотуберкулезной помощи, не будет оставлено на произвол судьбы.

О профессиональной патологии органа слуха и профилактической роли верхних дыхательных путей [1]).

(По материалам 2-го всесоюзного с'езда ото-рино-ларингологов).

А. Цукерман.

Состоявшийся в Москве 26—30 апреля 1927 года 2-ой всесоюзный с'езд ото-рино-ларингологов, собравший больше 500 специалистов со всех концов и глухих окраин нашего великого Союза, заслушал в своих заседаниях около 90 докладов по самым разнообразным вопросам ото-рино-ларингологии Из них мы остановимся преимущественно на тех, которые по своему научно-общественному значению представляют крупный интерес не только для отиатра и ларинголога, но и для представителей прочих отраслей медицины. Из этих последних особенное внимание было уделено с'ездом вопросу о профессиональной патологии органа слуха, который был об'явлен программной темой с'езда. Докладчик по данному вопросу—д-р Захер—сообщил с'езду о результатах своих массовых обследований рабочих шумовых профессий (ткачей, котельщиков, железнодорожников, испытателей моторов, телефонисток и т. д.) в Институте профессиональных заболеваний в Ленинграде. До сих пор как за границей, так и у нас вопросам профессиональной патологии органа слуха уделяли мало внимания, что было отмечено уже на 1-ом всесоюзном с'езде. За период времени между 1-ым и 2-ым с'ездом мы замечаем уже значительный сдвиг в этом направлении: появилась масса работ по самым разнообразным вопросам профессиональной патологии уха, горла и носа.

Согласно подробному изучению литературы этого вопроса явствует, что, во-первых, клиническая картина профессиональной глухоты довольно хорошо разработана и сводится почти исключительно к большему или меньшему поражению обоих nervi cochlearis при вполне здоровом состоянии вестибулярного аппарата, во-вторых, вопрос о путях поражения слухового нерва до последнего времени оставался спорным, но в настоящее время его можно считать окончательно решенным в смысле почти исключительного значения воздушной проводимости. Тем не менее многие вопросы, связанные с этим профессиональным заболеванием, далеко еще не выяснены. А между тем, эти вопросы, имеющие столь важное значение в профилактическом смысле, являются важнейшими проблемами профессиональной патологии. К ним относится: во-первых, вопрос о противопоказаниях при поступлении на шумовые профессии; ибо постоянно отмечается, что сопряженная

---

[1]) Доложено на заседании расширенной конференции врачей ушной клиники совместно с ото-ларингологами г. Минска 24 мая 1927 года.

с шумом профессиональная работа на одних рабочих совершенно не отражается, у других же, наоборот, отмечается весьма тяжелые изменения со стороны слухового аппарата. В частности, вопрос о том, играют ли страдания среднего уха положительную или отрицательную роль при шумовых профессиях не может считаться еще разрешенным окончательно; во-вторых, вопрос о значении для профессиональной патологии уха сотрясения пола; в третьих, вопрос о раннем распознавании патологических явлений со стороны слухового аппарата, прежде чем наступило сколько-нибудь существенное нарушение его функции. Все русские работы по этому вопросу посвящены, главным образом, „глухоте котельщиков". Эта профессия выбрана потому, что она является наиболее резкой, характерной формой, прототипом, под который подходят заболевания органа слуха во всех других шумовых профессиях.

Обследовано было 458 рабочих, давшие возможность сделать следующие весьма важные выводы:

1. Заболевание органа слуха у работающих пневматическими инструментами в Ленинградских котельных мастерских констатировано у 78,4 проц. всех занятых в них рабочих.

2. Из общего числа больных у 82,7 проц. имелось чисто профессиональное заболевание внутреннего уха, улиткового нерва, и только у 17,3 проц. найдены заболевания среднего уха, которые имели случайный характер и не зависели от профессии.

3. Болезнь прогрессирует с стажем рабочих и часто ведет к полной глухоте. К 10-ти годам работы—рабочий теряет $^1/_2$ своей слуховой способности, к 20-ти годам—80 проц., а дальше следует почти полная глухота.

4. При одинаковом стаже шум действует тем сильнее, чем старше суб'ект. Факт этот об'ясняется постепенным изнашиванием организма рабочих и понижением его сопротивляемости.

5. Понижение слуха для шопотной речи прогрессирует гораздо быстрее, чем для разговорной.

6. Исследование слуха камертонами в полной мере подтверждает поражение Nervi Cochlearis, как единственную причину болезни.

7. Симптомы начинающегося заболевания суть: укорочение воздушной проводимости для камертона C_5 и костной при опыте Schwabacha.

8. В 56 проц. больные, кроме того, страдают шумом в ушах, а в 45 проц. и головокружениями.

9. Затыкание ушей ватой во время работы заметного защитного действия на орган слуха не оказывает.

10. Хронические катарры и гнойные воспаления среднего уха, в некоторой, довольно заметной, степени предохраняют слуховой нерв от вредного воздействия слуховой травмы и, благодаря этому, благоприятствуют сохранению слуха.

11. Поэтому нет достаточных оснований отказывать рабочим с такими болезнями в приеме на работу в котельные мастерские.

12. Перерывы в работе, иногда довольно продолжительные, никакого влияния ни на частоту, ни на силу заболевания слухового нерва не оказывают.

13. Предшествующий lues предрасполагает к заболеванию слухового нерва при воздействии на него сильного шума.

14. Индивидуальная профилактика пока еще довольно бессильна в предупреждении болезни. Поэтому все внимание должно быть обращено, главным образом, на общую профилактику, заключающуюся в уничтожении или ослаблении шума в производстве путем усовершенствования пневматических инструментов и соответствующего технического оборудованиия мастерских.

Много внимания уделено было также заболеваниям органа слуха при колебаниях атмосферного давления у кесонных рабочих и особенно у авиаторов.

В виду огромного развития авиации и воздухоплавания в связи с задачами обороны страны, вопросы эти приобретают актуальное значение. И неудивительно поэтому, что вопрос о физиологии и клинике вестибулярного аппарата стоял в центре внимания с'езда и подвергся всестороннему обсуждению. Основной докладчик по данному вопросу проф. Воячек указывает, что в литературе, особенно заграничной, накопился за последние годы громаднейший материал по вопросам лабиринтологии.

Наиболее яркими работами последнего времени являются труды Magnusa и De-Kleyn'a и Quix'a, трактующие об очередном вопросе лабиринтологии—о функции мешочков преддверия—utriculi и sacculi. Однако, нужно согласиться с тем, что теория отолитов далеко еще не так стройна и не так полно исчерпывает вопрос, как в свое время это сделала теория Barany относительно функции полукружных каналов. Кроме того, заметно, что современные научные работы последнего десятилетия носят, нередко, так называемый негативный характер. Так, например, Magnus и De-Kleyn отрицают за мешечками преддверия прогрессивно-двигательные ощущения. Многие оспаривают теорию нистагма Barany; говорят, что калорический нистагм происходит вовсе не от теплового перемещения частиц в полукружных каналах. Как бы то ни было, принято функцию лабиринта, вернее, вестибулярного аппарата делить на две части—на функцию полукружных каналов и отолитов. Последние являются прибором, производящим активацию функции полукружных каналов, играя как бы роль „затравки" или фермента. Благодаря им вызывается нистагм, который получает свое направление в различные стороны в зависимости от участия того или иного полукружного канала.

В связи с развитием авиации исследование состояния отолитового аппарата приобретает особенное значение, ибо при спуске аэроплана, последний производит штопорообразные движения, меняя постоянно вертикальное положение на горизонтальное и наоборот, а при таких движениях, по Magnus'у и De-Kleyn'у, принимают участие отолиты. Унификационный метод исследования лётного состава выработан школой проф. Воячека и сводится к довольно простому исследованию кохлеарного аппарата шопотной речью, двумя бассовыми и одним дискантовым камертоном, а для вестибулярного аппарата исследуется спонтанный и вращательный нистагм и реакция промахивания. Вращательный нистагм исследуется при пятикратном вращении. Результаты отбора и переосвидетельствования лётного состава по указанной схеме доказывают, что понижение слуха в средней степени не должно служить препятствием к принятию на лётную службу. Разработкой вопросов исследования летчиков на предмет их годности к авиаслужбе занимался также д-р Осетров, указывающий в выводах, что:

1. Лица с установочным нистагмом должны приниматься на авиаслужбу с большой осторожностью, только при полной уверенности в незначительности суб'ективных ощущений.

2. Страдающие дистрофией слизистой носа и носоглотки, особенно атрофией, даже в незначительной степени, не должны приниматься вовсе на авиаслужбу.

3. Конституциональный момент и наследственность являются весьма важными факторами при вопросе о годности кандидата к авиаслужбе.

4. В лётных школах, на ряду со спортом, необходимо введение тренировки вестибулярного аппарата по особо выработанным нормам.

Заседание, посвященное изучению вопросов профессиональной патологии органа слуха, заслушало также результаты чисто экспериментальных работ, поставленных с целью изучить чисто-патологические изменения органа слуха белых мышей, помещенных в условиях фабрично-заводского (металлического) шума, а также в условия профессионального труда автобусных рабочих. У первых атрофически-дегенеративные явления прежде всего становились заметными в основном завитке улитки, почему прежде всего и страдают высокие тоны. Через несколько месяцев в процесс вовлекался и верхний завиток, благодаря чему должны страдать и низкие тоны. В процесс вовлекались также и мышцы барабанной полости. Изучение этой серии опытов указывает на чрезвычайную важность и необходимость гистологического исследования лабиринта при изучении влияния шумовых профессий; также необходимо при этом производить акустический анализ шума на количество волн и других влияющих факторов, как, напр. сотрясение пола. Автобусные рабочие приписывают этому фактору, получаемому при тряске во время езды, особенное значение, считая его причиной понижения слуха и головокружений.

Для изучения влияния этого фактора белые мыши помещались под скамейками автобусов в особых клетках. Ездили они ежедневно по 8 часов—6 раз в неделю. Убивались через 2—3 недели, месяц-полтора. В первые два-три дня мыши убывали в весе на несколько грамм, становились вялыми, малоподвижными, но потом они привыкали. Максимальный срок наблюдения равнялся четырем месяцам. При гистологическом исследовании лабиринта убитых мышей, обнаруживались изменения сначала в ганглиях (gangl. Spirale, vestibulare), а затем уже в Кортиевом органе. Больше изменений было в основном завитке по сравнению с верхним. Этот фактор неблагоприятного воздействия на орган слуха встречается во многих производствах. В связи с развитием цивилизации отмечается большой рост всевозможных технических усовершенствований, развивается тяжелая индустрия, изобретаются все новые и новые гигантские машины, управление коими часто превосходит условия физиологической выносливости человеческого организма. В игнорировании этого последнего фактора кроется опасность развития большого количества весьма тяжелых и серьезных профвредностей у рабочих, почему с‘езд и обращает особенное внимание на необходимость в будущем учитывать все вышеуказанные моменты, дабы свести к минимуму сопряженные с работой профессиональные вредности.

Вопросы о значении и профилактической роли верхних дыхательных путей подверглись широкому обсуждению с‘езда и нашли себе отражение преимущественно в работах школы проф. Цытовича. Последний, придавая огромное значение правильному носовому дыханию, как могучему фактору борьбы со всевозможными инфекциями, указывает, что целый ряд наблюдений последнего времени как клинических, так и экспериментальных, осветили многие вопросы, которые, в совокупности своей, оказывают громадное влияние на все происходящие в организме процессы, играя большую роль во всей конституции

организма. Согласно этим работам расстройства носового дыхания вызывают заболевания сердца, в виду расширения его полостей и перерождения сердечной мышцы со всеми последствиями последнего; 2) сосудов вообще, в особенности сосудов мозга (артериосклероз); 3) заболевания мозга (склероз, эпилепсию Джаксоновского типа, головные боли, понижение умственной работоспособности и т. д.); 4) заболевания периферических нервов и 5) заболевания крови. В развитии этих заболеваний имеют особенное значение патологические процессы в придаточных полостях носа, преимущественно Гайморовой.

Работа д-ра Лукова показала, что при дыхании носом до уровня кольцевидного хряща бактерий доходит в 10 раз меньше, чем при дыхании ртом. Таким образом чисто механически нормальный нос задерживает $^{9}/_{10}$ бактерий от проникновения в трахею. Что касается взаимоотношения между поражением носовой и Гайморовой полостей, то саратовская школа считает, что поражение носа является вторичным, ибо пораженная Гайморовая полость является постоянным поставщиком инфекции для носа. По мнению проф. Цытовича, Гайморова полость поражается в раннем детском возрасте, при инфекционных заболеваниях (кори, скарлатине и т. д.), при чем катарральные Гаймориты оказывают такое же вредное влияние на организм, как и гнойные. Гистологические исследования указали также, что при Гайморитах страдает не только слизистая, но и кость. Эти положения нашли себе многих противников среди многочисленных членов с‘езда. Недоумения среди последних вызвал доклад д-ра Николаева из той же школы по вопросу о профилактике скарлатины. Последняя, также как и корь, так резко отличаемые публикой от невинной ангины, являются, по существу, болезнями одного и того же порядка. И это не должно казаться невероятным, если на ангину смотреть не как на местную болезнь, а как на местное проявление общего заболевания. Скарлатина всегда начинается с ангины и отличается от последней только степенью поражения.

Придавая огромное значение нормальному состоянию аденоидной ткани, в особенности зевных миндаликов, было обследовано в Саратове 6000 детей, подвергшихся санации Waldeyer'овского кольца: производилась аденотомия и гальванокаустика миндаликов. Оказалось, что из подвергшихся этой санации ни один не заболел скарлатиной, в то время как не подвергшиеся ей заболевали в большем проценте. При развившейся уже скарлатине в целях профилактики всевозможных осложнений производилась операция эндоназального вскрытия Гайморовых полостей. Наблюдения установили, что операция на Гайморовых полостях при скарлатине никогда не ухудшала течения основного процесса и что она действительно предохраняет от всевозможных осложнений. Для теоретического обоснования благотворного влияния гальванокаустики миндаликов в смысле профилактики скарлатины, проф. Цытовичем был вновь выдвинут на обсуждение с‘езда вопрос о „миндаликовой проблеме“, несмотря на то, что взгляды саратовской школы на функцию, значение и положение миндаликов среди лимфатической системы нашли себе на прошлом с‘езде многочисленных противников, особенно в лице московской школы проф. Свержевского. Это заседание следует отметить, как самое живое, самое многолюдное и интересное в виду особой страстности дебатов, развернувшихся по данному вопросу, а также в виду того, что на открытой арене столкнулись две крупные и авторитетные школы, стоящие на диаметрально противоположных точках зрения в весьма

спорном и окончательно, повидимому, еще не решенном вопросе. Школа проф. Цытовича, считая главными входными воротами инфекции в организм—нос, носоглотку и полость зева, признает за миндаликами (и вообще за лимфатическим кольцом Waldeyer'a) защитную функцию в деле борьбы с инфекцией. Проделанные экспериментальные работы в этом направлении с различных сторон подтвердили выдвинутые этой школой положения о несомненно существующем токе лимфы из глубины на поверхность миндалика, что, по словам проф. Цытовича, играет огромнейшую роль во всей деятельности организма и имеет громадное значение в конституции последнего.

Д-р Зак на основании экспериментальных наблюдений над положением миндалины в лимфатической системе высказывает диаметрально противоположное: проделав те же опыты, что и Саратовская школа, он нигде не находил подтверждения их выводов. Лимфотока из носа в миндалики не оказалось. Лимфа из носа заносилась в подчелюстные железы. Следовательно, тонзиллы не обладают приводящими сосудами и не относятся к лимфожелезам.

Выступивший в прениях проф. Свержевский указывает на неправильное положение, выдвинутое Саратовской школой о том, что тонзилла—это областная лимфожелеза для носа и носоглотки. Тонзилла—орган реактивный. Она играет защитную роль только в детском возрасте, почему мы ее щадим в этом возрасте. Но у взрослых, в особенности, когда она уже патологически изменена и не исполняет своей функции, консервативный подход в деле лечения ее не имеет за собой прочной научной базы.

В поисках новых путей и направлений в деле раннего распознавания и лечения таких тяжелых социальных недугов, как туберкулез и, что особенно важно для Белоруссии, склеромы, с'езд с особым вниманием заслушал и подверг детальному обсуждению целый ряд докладов, осветивших с разных точек зрения вопросы эпидемиологии, патологии и терапии указанных страданий. В деле выработки рациональных методов лечения этих тяжелых заболеваний, огромное значение, помимо целого ряда общепрофилактических мероприятий, имеет также и ранняя диагностика. С этой точки зрения заслуживают внимания попытки многих ляринологов искать точки опоры не только в клинической картине или местных проявлениях данного заболевания, но и в явлениях общебиологического свойства.

Трудность распознавания ранних форм туберкулеза гортани известна каждому специалисту. К таковым обычно относят случаи с резкой анэмией слизистой или хронические катарры у лиц с туберкулезным поражением легких. Не всегда легко определить истинный характер этих анэмических и гиперемических катарров. Schmidt признает, что изолированная анэмия надгортанника говорит за раннюю форму туберкулеза гортани. За последнюю говорят также ограниченные точечки или узелки истинных связок у передней комиссуры или на ложных связках у задней комиссуры, между тем эти узелки имеют уже явное строение tbc-ого бугорка. Следовательно это уже не ранняя форма. Eichhorst и другие клиницисты советуют у анэмичных лиц признавать даже небольшой катарр бронхов за туберкулезный. В виду того, что гортань и бронхи это одна и та же трубка, только на различном протяжении, то это положение можно было бы отнести и по отношению к катаррам гортании. Но дело в том, что по одной ляринскопической картине все-таки трудно установить специфическую натуру процесса. Здесь то и приобретает, по мнению д-ра Мельникова, особое значение иммунно-биологический status больного. Необходимо в подобных случаях иссле-

довать кровь на лейкоцитарную формулу по Шиллингу и реакцию осаждения эритроцитов. Наличие моноцитов и миэлоцитов, также как изменение лейкоцитарного indexa в сторону, характерную для туберкулеза вообще, при наличии ускорения оседаемости эритроцитов до 30-40 миллим. в час говорит за специфический характер процесса.

Что касается вопроса о взаимоотношении между обычными, так называемыми „вульгарными" хроническими ларингитами и специфическими tbc-ми поражениями гортани, крайне интересным является мнение крупного ларинго-фтизиатра Крыма и одного из лучших знатоков tbc-а верхних дыхательных путей д-ра Блоха из Ялты. Существующее почти у всех специалистов подозрительное, а подчас и пессимистическое отношение к хроническим ларингитам у tbc-ых больных не оправдывается действительностью. Эти последние, наоборот, улучшают предсказание и гарантируют их носителя от tbc-поражения гортани, в виду превращения мерцательного эпителия в многослойный плоский, являющимся хорошим барьером против проникновения tbc-ой палочки.

Из новых путей и направлений в деле лечения туберкулеза гортани следует указать на опыты д-ра Тихомирова с местной иммунизацией слизистой оболочки. Большое значение при всевозможных хирургических заболеваниях (как, напр. абсцессах) играет наличие или присоединение вторичной инфекции, значительно ухудшающей течение основного процесса. Она ухудшает также состояние tbc-ого процесса гортани. По Schaede туберкулезная инфекция повышает вирулентность стрепто и стафилокков и, наоборот, последние, повышая ацидоз тканей, усиливают вирулентность tbc-ых бацилл. Поэтому борьба с этой вторичной инфекцией, состоящей на 50 проц. из гемолитических стрептококков, имеет большое значение для течения tbc-ного процесса. С этой целью изготовлялись фильтраты туберкулезной палочки по Безредка, которые пульверизировались в гортань. Заметно было значительное облегчение не в смысле специфического влияния на пораженный участок, а в смысле общего улучшения самочувствия больных, как напр. при гелиотерапии. Контрольные пульверизации растворами сахара без фильтрата, никакого действия, за исключением обычного действия пульверизаций, не оказывали. Этими опытами установлено, что борьба со вторичной инфекцией при tbc-ых поражениях приобретает актуальное значение и опыт лечения по Безредка дает хорошие надежды и перспективы. Значительное место в деле лечения tbc-верхних дыхательных путей в последнее время занимает еще хирургический метод лечения в виде гальванокаустики, применяемой в Ялте д-ром Кувчинским, а также электрокоагуляции, применяемой в клинике проф. Воячека в Ленинграде, а также д-ром Басенко в Одессе. Этот последний метод предложен уже давно, но в виду дороговизны не нашел себе широкого применения. Электрокоагуляция или хирургическая диатермия, это ток с большим количеством колебаний до 2-х миллионов в минуту. Электрод, толщиной в несколько миллиметров согревается на столько, что t° его доходит до 70-80°. При этой t° створаживаются и разрушаются тканевые белки. Для гортани изготовлены специальные электроды, нагреваемые, по Каплану, до белого каления. Действие ее распространяется больше в глубину, чем в ширину, что имеет особенное значение при явлениях дисфагии. Применялась электрокоагуляция в случаях с продуктивным, или преимущественно продуктивным, характером процесса, учитывая при этом иммунно-биологические особенности больного. Электрокоагуляция, по мнению д-ра Басенко, имеет преимущества перед дру-

гими, обычно применяемыми, средствами, как Acidum trichloraceticum или гальванокаустика. Первое очень нежное и поверхностно действующее прижигающее средство. Вторая действует более основательно, но зато она требует строгого выбора случая. Электрокоагуляция занимает между ними среднее место. Из 50-ти больных, подвергавшихся у д-ра Басенко электрокоагуляции, только трое получали общее лечение, в том числе и внутривенное вливание солей серебра.

В нескольких случаях поражения надгортанника с явлениями дисфагии, последние исчезли после легкой фульгурации.

Очевидно в хирургической диатермии мы имеем хорошее и полезное вспомогательное средство при лечении tbc верхних дыхательных путей. На другой серии больных в количестве 24-х человек применялась рентгенотерапия. Для последней не легко однако выбрать подходящие случаи, а таковыми являются лишь те, которые обладают хорошим иммунно-биологическим status'ом; но все же она должна применяться с большой осторожностью. Проф. Волошин остановился на размерах ото-ляринголоической помощи при лечении tbc-ых больных на южном побережье Крыма. Лечение tbc легких необходимо проводить одновременно с лечением tbc гортани. А между тем лечение в Крыму основывается только на санаторно-курортных условиях, не обращая внимания на хорошую и правильную вентиляцию легких. Последнее же возможно только при правильном, свободном носовом дыхании. Поэтому должно быть принято во внимание все, что способствует нормальной функции и целости слизистых оболочек верхних дыхательных путей. По обследованию различных авторов—количество людей, не имеющих свободного носового дыхания, достигает 80 проц. Поэтому вопрос о восстановлении правильного носового дыхания, особенно у tbc-ых больных, имеет огромнейшее значение. Для этой цели возможны два пути: либо таких больных вовсе не направлять на курорт до восстановления свободного носового дыхания, либо удлинить срок пребывания таких больных с тем, чтобы предварительно подвергнуть их соответствующей обработке, с целью устранения указанных дефектов.

Не менее живо и полно подвергалася обсуждению усиленно развивающийся в СССР другой социальный недуг, поражающий преимущественно крестьянство—склерома, имеющий особое значение для Белоруссии, где распространение его особенно велико. Географические карты его распространения по Белоруссии были демонстрированы с'езду д-ром Фельдманом, будирующим общественное мнение вокруг этого вопроса в течение последних нескольких лет. В резолюции по данному вопросу с'езд обращает внимание органов здравоохранения на необходимость устройства хотя бы одного склерозориума (на подобие лепрозория) для изоляции больных и изучения данного заболевания в Белоруссии.

Характеристика водопроводной воды гор. Минска на основании данных химического анализа.

(Из Белорусского Государственного Санитарно-Бактериологического Института. Директор—проф. Б. Я. Эльберт).

Магистр фарм. **Д. И. Найдус.**

Минский водопровод заложен в 1871 г. на самом берегу реки Свислочи, омывающей город с 2-х сторон и принимающей в себя в городской черте, с правой стороны ручеек Немигу. Сначала водопровод имел в своем составе всего 3 железных бруклинских колодца, впоследствии число их доведено до 5-ти; если на первых порах качество воды и дебит были удовлетворительными, то в дальнейшем, по мере роста города, качество воды стало ухудшаться, вследствие целого ряда неблагоприятных факторов:

1) Сказался, во-первых, неудачный выбор места для водопроводной станции: последняя занимает низменное положение и почва водопроводной станции систематически загрязняется стоками нечистот из верхней, густо населенной части города; на опасность от загрязнения почвы поглощающими колодцами города была указана еще в 1908 г. городским санитарным врачем Недзьвецким на 1-м С'езде врачей Минской губернии.

2) Все 5 бруклинских колодцев сидят на глубине всего около 80 футов и до этой глубины водонепроницаемого слоя не имеется, как это видно из того, что при бурении колодцев в 1904 году для городского водоснабжения пройдены были следующие слои:

а) Верхний слой почвы с растительными остатками 0-11 футов.
б) Гравий с органическими остатками . . . . . 11-28 „
в) Мелко-зернистый желтый песок с гравием . . 28-61 „
г) Гравий с валунами 1 ф., песок с гравием 5 ф., гравий водоносный 3 ф., песок с гравием 3 ф. и гравий 4 ф. . . . . 61-79 „
д) Мелкий песок 2 ф., крупный песок 3 ф., песок с прослоями 32 ф., камни 2 ф. . . . . . . 79-118 „
е) Песок крупно-зернист. 13 ф., тоже мелкий 14 ф., тоже с гравием 6 ф., песок 4 ф. . . . . . 118-155 „

Таким образом вода бруклинских колодцев является грунтовой, т. е. худшего типа; не исключена возможность влияния на качество воды со стороны маломощной реки Свислочи, в которую впускают воды из бань, прачешен, больниц и фабрик, в нее же втекают воды из канавы Немиги, особенно сильно загрязненной; степень загрязнения

СВОДНАЯ

	ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА	NH3	Cl
		1 л. воды содержит в милли	
Бруклинский № 1	Б. ч. нормальны; изредка вода опалесцирует и содержит небольшой осадок; один раз вода имела привкус.	Найден при всех исследованиях: От следов — 1 мил. = 2 р. „ 1—3 — „ = 10 „ „ 3—8,5 — „ = 3 „	71 миллигр. = 1 раз От 142—170 м. = 9 „ „ 170—213 = 5 „
Бруклинский № 2	В 60% нормальн., иногда вода мутновата и имеет привкус.	0 = в 11 случаях; Следы = 2 раза 0,12 миллигр. = 1 раз 0,2 „ = 1 „	От 14 — 30 мил. = 3 раза „ 30 — 35 „ = 8 раз „ 35 — 53 „ = 4 раза
Бруклинский № 3	Вода часто (в 30%) не вполне прозрачна.	0 = 9 раз Следы = 6 раз	От 10—15 мил. = 6 раз „ 15—25 „ = 4 раза „ 25—35 „ = 5 раз
Бруклинский № 4	В большинстве случаев вода оказывалась мутноватой с содержанием коричневого осадка, иногда привкус.	0 = 6 раз От следов—0,2 мил. = 2 р. „ 0,2—1 „ = 3 „ „ 1,0—2 „ = 4 „ „ 2 —7,5 „ = 2 „	От 14—30 мил. = 3 раза „ 42—75 „ = 9 раз „ 75—100 „ = 5 „
Бруклинский № 5	Вода б. ч. мутновата; иногда привкус.	0 = 8 раз Следы = 3 раза От 0,2—1 мил. = 4 р. „ 1 —2 „ = 2 „	От 14—35 мил. = 10 раз „ 35—50 „ = 3 раза „ 50—70 „ = 4 „
Артезианск. № 1	Вполне удовлетворительны.	0 = 10 раз Следы = 3 раза	От 7—14 мил. = 8 раз „ 14—21 „ = 3 раза „ 21—50 „ = 2 „
Артез. № 2	Слабая опалесценция	Нет	35 мил.
Артезианск. № 3	Удовлетворительны	Нет	14 миллигр. = 1 раз 56 „ = 1 „ 85 „ = 1 „
Коллектор	Вода часто мутновата с привкусом	0 = 5 раз Следы = 2 раза 0,1—0,7 мил. = 5 раз 1 —5 миллиг. = 3 раза	От 17—35 мил. = 8 раз „ 43—70 „ = 7 „

ТАБЛИЦА

Для окисления органических веществ израсходовано кислорода в граммах	Общая жесткость в немецких градусах	Примечания
От 1 — 4 мил. = 4 раза „ 4 — 6 „ = 4 „ „ 6 — 8 „ = 4 „ „ 8 — 10 „ = 3 „	От 6,8 — 10° = 3 раза „ 10 — 13° = 9 раз „ 13 — 18° = 3 раза	Реакция нейтральная, изредка щелочная; N_2O_3 и N_2O_5 изредка в виде следов; железо и сульфаты встречаются часто; H_2S отсутствует.
От 0,3 — 3 мил. = 4 раза „ 3 — 5 „ = 7 раз „ 5 — 11 „ = 4 раза	От 5 — 8° = 4 раза „ 8 — 10° = 7 раз „ 10 — 14,5° = 4 раза	Реакция нейтральная N_2O_3 б. ч. отсутствует; N_2O_5 нет; железо и сульфаты изредка встречаются; H_2S отсутствует.
От 0.8 — 1 мил. = 2 раза „ 1 — 3 „ = 6 раз „ 3 — 5 „ = 5 „ „ 5 — 5,6 „ = 2 раза	От 4,48 — 6° = 2 раза „ 6 — 9° = 8 раз „ 9 — 12° = 3 раза „ 12 — 14° = 2 „	Реакция нейтральная. N_2O_3 и N_2O_5 нет; железо и сульфаты часто встречаются в незначительных колич.; H_2S отсутствует.
От 1 — 3 мил. = 5 раз „ 3 — 5 „ = 10 „ „ 5 — 7 „ = 2 раза	От 7,84 — 10,8° = 11 раз „ 11 — 14° = 6 „	Реакция нейтральная. N_2O_3 и N_2O_5 нет; железо часто присутствует в разных количествах; сульфаты встречаются часто; H_2S отсутствует.
От 0,5 — 2 мил. = 6 раз „ 2 — 4 „ = 4 раза „ 4 — 8 „ = 7 раз	От 7,80 — 10,08° = 9 раз „ 11,5 — 14,5° = 8 „	Реакция б. ч. нейтральная; изредка слабо щелочная; N_2O_3 и N_2O_5 нет; железо часто встречается; сульфаты изредка в незначительном количестве; H_2S отсутствует.
От 0.6 — 1 мил. = 2 раза „ 1 — 3 „ = 3 „ „ 3 — 6 „ = 8 раз	От 5,6 — 7,84° = 9 раз „ 8,40 — 8,96° = 3 раза 12,3° = 1 раз	Реакция нейтральная. N_2O_3 и N_2O_5 нет; железо и сульфаты — изредка в виде следов. H_2S отсутствует.
5 миллиграммов	11.0°	Реакция слабо щелочная; N_2O_3, N_2O_5, SO_3, fe и H_2S
0,2 миллигр. = 1 раз 6 „ = 1 „ 7,8 „ = 1 „	9,52° = 1 раз 9,2° = 1 „ 12,32° = 1 „	Реакция нейтральная; полное отсутствие нитритов, нитратов, железа, сульфатов и сероводорода.
От 0.15 — 3 мил. = 6 раз „ 3,6 — 5 „ = 5 „ „ 5,0 — 9 „ = 4 раза	От 6,16 — 8,96° = 8 раз „ 10,08 — 12,8° = 7 „	Реакция нейтральная; N_2O_3 и N_2O_5 нет; железо и сульфаты изредка в незначительных количествах; H_2S отсутствует.

Свислочи временами доходила до того, что прибрежные булочники одно время серьезно указывали санитарным врачам на то, что самые лучшие булки получаются при применении воды неводопроводной, а из реки Свислочи; вероятно обилие бактерий играло роль дрожжей.

3) Если к этому прибавить, что двор водопроводной станции несколько тесен и загроможден разными материалами, то станет понятным, почему бруклинские колодцы дали большей частью воду неудовлетворительного качества. Кризис водоснабжения в Минске достиг своего апогея в 1912—1917 г. г., когда анализы, произведенные д-ром Комоцким в городской аналитической лаборатории показали присутствие во всех колодцах аммиака в количестве от 0,0002—0,0035 на 1 л. воды и обильное количество водорослей, тогда тогдашние деятели городского хозяйства решили рыть 2 новых бруклинских колодца не на территории водопроводной станции, а в городском саду, находящемся по той стороне реки Свислочи около бывшего там когда-то ресторана, с тем, чтобы воду из этих колодцев перекачать на станцию с помощью труб, проложенных под Свислочью, хотя вода из этих колодцев оказалась хорошего качества, но из опасения, что и эти колодцы постигнет судьба старых бруклинских колодцев, план этот не был осуществлен и было решено заложить буровую скважину для первого артезианского колодца, но т. к. одного артезианского колодца за последнее время оказалось более чем недостаточным (колодец дает 2000 ведер в час.), то в течение текущего года заложены еще два артезианских колодца на территории водопроводной станции.

Исследования водопроводной воды начаты мною еще в 1922 году, но более систематически производились за последние два года, в течение 1925 и 1926 г. г. и 1-го квартала 1927 г. Вода из первого артезианского колодца исследовалась 13 раз, из 2-х новых колодцев 4 раза, вода из бруклинских колодцев за №№ 1, 2 исследовалась по 15 раз; из колодца № 3—16 раз, колодцы за №№ 4 и 5—по 17 раз, вода из коллектора—15 раз. Кроме того, за это время произведено по одному исследованию воды из вышки и из центробежного насоса, 21 исследование из кранов водопроводной сети в разных местах города и 3 анализа из реки Свислочи.

Не имея возможности по техническим причинам представить подробно результаты всех исследований воды, даю сводную таблицу (стр. 70—71).

Из этой таблицы видно, что все артезианские колодцы дают воду безукоризненного качества, эти колодцы сидят на глубине около 1.000 футов и черпают свои воды из одного и того-же надежного слоя-д е в о н а, как видно из характеристики пройденных пород в этих скважинах, данной проф. Тутковским. Минская скважина, несмотря на заложение ее в долине реки Свислочи, углубленной более чем на 30 саженей по сравнению с высшими точками местности в окрестностях гор. Минска, встретила колоссальную толщу ледниковых отложений:

1. Аллювиальные отложения . . . . 10 ф.
2. Ледниковые отложения (суглинки, мергеля, песок и гравий) . . . . 411 „
3. Третичные преимущественно песчаные отложения 56 „
4. Девонские отложения (известняки, глины и песчаники) 445 „

Хотя выходы Девонских отложений наблюдаются и по реке Западной Двине, в соседней Витебской губернии, в верховьях реки Днепра, вблизи города Орши, Могилевской губернии, и в смежных

частях Смоленской губернии, но так как эти Девонские отложения залегают ниже 93 саженей над уровнем моря, каковой под'ем имеют Минские артезианские колодцы, то отсюда следует, как это в свое время указал инженер Опоков, что водоносный горизонт артезианских колодцев находится дальше, где то северо-восточнее, вероятно в Новгородской и Тверской губерниях, самоизливание воды указывает на обширность водосборной площади этого подземного водоносного горизонта, таким образом благонадежность артезианских колодцев, как со стороны постоянства состава и чистоты, так и со стороны дебита остается вне всякого сомнения, чего нельзя сказать о наших бруклинских колодцах.

Колодец № 1, как видно из данных анализа, должен быть признан совершенно неблагополучным (постоянное присутствие аммиака и часто в немалых количествах, ясная реакция на нитриты и сильно увеличенное количество хлоридов), все это является вероятным результатом загрязнения колодца близ находящейся биологической очистки, летом 1925 г. была произведена флуоресциновая проба с целью установления факта сообщения колодца с биологической установкой; реакция хотя получена отрицательной, тем не менее возможность такого загрязнения не исключена (в нашем рапоряжении не было флуороскопа Марбутена, значительно уточняющего эту реакцию); вода из колодцев №№ 2 и 3 может быть охарактеризована как посредственного качества; худшего качества воду дает колодец № 4: мы видим неблагоприятные физические свойства воды, частое присутствие аммиака и сульфатов и потому данную воду надо расценивать как подозрительную с санитарно-гигиенической точки зрения.

Колодец № 5 также дает воду плохого качества с довольно большим количеством железа; что касается коллектора, то он часто дает воду худшего качества, чем колодцы, что может говорить за загрязняемость его элементами верхних слоев почвы.

При единичных исследованиях образцов воды из вышки, центробежного насоса и из реки Свислочи ничего подозрительного не найдено.

Из 21 пробы воды, взятой из водопроводных кранов 4 оказались не вполне доброкачественными.

Анализируя данные исследований, надо несколько остановиться на источнике и оценке часто находимых в воде колодцев аммиака и железа; Караффа-Корбутом было произведено в 1917 году химическое, бактериологическое и биологическое исследование воды, как из реки Свислочи, так и водопроводных колодцев, при чем он констатировал загрязненность всех почти колодцев, кроме артезианского; со стороны планктона им найдено много железистых и сернистых бактерий как Beggiatoa alba Thiospirillum и др.

Так как автор свободного сероводорода ни разу не нашел при своих исследованиях, а нити Beggiatoa были подвижны и содержали капельки серы, что говорит за отсутствие сероводородного голодания, поэтому он приходит к выводу, что сернистые бактерии питаются не столько свободным сероводородом, сколько на счет сероводорода, образовавшегося от гниения отмерших железистых бактерий, если это так, то возможно допустить, что и аммиак, часто находимый в бруклинских колодцах имеет своим происхождением процессы редукции нитратов сероводородом, что касается железа, то с большой вероятностью можно предположить, что оно большей частью непочвенного происхождения, а извлекается из старых труб, что отчасти видно из неоднократно доставленных санврачами отрезков труб водопровода, оказавшихся из'еден-

ными и заполненными окисью железа; снятая мною недавно коричневая масса с внутренней стенки верхнего бака, находящегося на водонапорной башне, оказалась состоящей из чистой окиси железа, да и было бы трудно об'яснить такое сильное колебание количества железа в колодцах, находящихся очень близко друг от друга и питающихся из одного и того же водоносного слоя.

Положение бруклинских колодцев нельзя однако считать безнадежным. Рядом мероприятий можно улучшить состояние неблагополучных колодцев и присоединить их к общей сети, чтобы там уменьшить работу остальных действующих колодцев во избежание порчи и скорого заедания последних; к таким мероприятиям и в целях оздоровления водоснабжения в городе вообще, необходимо предпринять следующие шаги.

I) Отказаться от пользования водою из бруклинских колодцев.

II) Так как полный отказ от пользования водою из этих колодцев на ближайший период времени не представляется возможным, то необходимо в срочном порядке приступить к оздоровлению имеющихся бруклинских колодцев, для чего необходимо:

1. Оздоровить всю окружающую местность путем устройства охранной зоны, вся полоса этой зоны должна быть дренирована.

2. Все поглощающие колодцы должны быть ликвидированы в срочном порядке.

3. Необходимо проверить прочность и непропускаемость стенок самых скважин.

4. Проверить и принять меры к смене старых труб коллектора и всей водопроводной сети.

5. Желательно дальнейшее изучение вопроса о мощности глубоких водоносных слоев и о влиянии на них формации и почвенных наслоений.

Кватэрнае будаўніцтва і водазабясьпека беларускае вёскі і асноўныя задачы палепшаньня дабрабыту яе*).

Д-р З. К. Магілеўчык.

I.

Каб больш быў зразумелы сучасны стан кватэрнага будаўніцтва нашае вёскі, разгледзім, што рабілася ў гэтым напрамку ў мінулым з боку ўлады і грамадзкасьці.

З боку ўлады ў дарэвалюцыйны час на кватэрнае будаўніцтва вёскі не зварочвалася амаль што ніякае ўвагі. Калі і рабіліся якія-небудзь захады ў гэтым напрамку, дык яны ня мелі належнай падставы і ўплыву на сялянства, бо не адпавядалі бытавым умовам жыцьця і запатрабаваньням сялянства, а галоўнае—экономіцы вёскі.

Усе пачынаньні па сельскаму будаўніцтву мелі казённа-бюракратычны, паказальны характар.

Трэба пры гэтым сказаць, што асноўнай мэтай гэтых пачынаньняў былі проціпажарныя мерапрыемствы.

На палепшаньне санітарнага дабрабыту вёскі наогул і ў прыватнасьці на палепшаньне дабрабыту хаты—не зварочвалася ўвагі.

Толькі забарона шчыльнае сувязі ў пабудове аднаго двара з другім,—як проціпажарная мера,—зьяўлялася адначасова і санітарнай мерай.

Для больш дакладнае характарыстыкі мерапрыемстваў па сельскаму будаўніцтву з боку дзяржавы ў мінулым і вынікаў іх прывядзем некалькі прыкладаў.

Асобныя мерапрыемствы па сельскаму будаўніцтву пачаліся яшчэ пры Пятры I—пабудаваньне з сырой гліны аднаго пасёлка каля Масквы.

Пры Паўлу I, з прычыны вялікіх пажараў, мерапрыемствы па агнятрываламу будаўніцтву некалькі пашырыліся, нават створана была спэцыяльная школа, у якую набіраліся падлягаючыя адбываньню вайсковай службы. Былі пабудованы 2-3 паказальных пасёлкі,—на тым і справа скончылася. Падобнае можнаназіраць і пры Мікалаі I. Ува ўсіх пачынаньнях ініцыятыва была асобных чыноўнікаў, якія на гэтым жадалі нажыць сабе славу, „грамадзкі капітал“. Але адначасова з „грамадзкім капіталам“, нажывалі яны і фінансавы капітал,—кралі казённыя грошы, а будавалі нікуды нявартыя „паказальныя“ будынкі. Гэтыя будынкі не адпавядалі свайму прызначэньню ні з санітарнага боку, ні з боку бытавых умоў сялянства.

Цікава яшчэ тое, што ў гэтай бюракратычнай ініцыятыве тэарэтычнай і габінэтнай распрацоўкай пытаньняў пераважна займаліся немцы (Штысэр, Нэйман, Лейке і інш.), якія ня ведалі добра ні вёскі, ні сялянскага быту. Вось чаму ўсе мерапрыемствы таго часу ня мелі належных вынікаў у палепшаньні дабрабыту вёскі.

---

*) Даклад на II Усебеларускім зьезьдзе вучастковых і санітарных дактароў.

Трохі лепш пасунулася справа пасьля 1861 г., з часу стварэньня земстваў. У гэты пэрыяд зьяўляюцца майстэрні па вырабу агнятрывалага будаўнічага матар'ялу, рыхтуюцца адпаведныя кадры інструктароў, тэхнікаў і майстроў, склікаюцца зьезды па сельскаму агнятрываламу будаўніцтву (1911-1912 г. г.) і т. д.

Апрача гэтага па лініі агнятрывалага будаўніцтва сялянству рабіліся некаторыя палёгкі і матар'яльная дапамога, у якой прымалі ўдзел і страхавыя органы.

Разам з земствам, па лініі міністэрства Земляробства, зноў пачалі займацца гэтай справай, пры правядзеньні вядомае нам аграрнай рэформы, але пачынаньні іх, па прыкладу мінулае казённае формы, ня мелі посьпеху.

Найбольш пашырана была справа па агнятрываламу будаўніцтву ў цэнтральных земствах быўшай Расіі, ускраіны, у тым ліку і сучаснае БССР, значна адставалі з прычыны пазьнейшай арганізацыі па гэтых губэрнях земстваў, а па-другое—царская чыноўная Расія глядзела на ўскраіны, як на нейкія калёніі.

На Беларусі, з боку дзяржавы і грамадзкасьці, на сельскае кватэрнае будаўніцтва зьвернута была ўвага толькі незадоўга перад імпэрыялістычнай вайной, па лініі агнятрывалага будаўніцтва. Маладыя земствы, пераважна Магілеўшчыны і Віцебшчыны, з прычыны вялікіх нішчэньняў вёсак ад пажараў (Беларусь,па ліку пажараў, займае 3-е месца ў Саюзе, а Магілеўшчына нават першае), прымушаны былі зьвярнуць на гэта ўвагу.

Мерапрыемствы ў гэтым напрамку вызначаліся па прыкладу іншых земстваў, але вайна перашкодзіла далейшаму пашырэньню іх. У час вайны майстэрні, якія былі, разбурыліся, і справа наогул заглохла. Зараз гэтая справа зноў пачынае наладжвацца. На жаль трэба сказаць, што і земствы, па прыкладу дзяржаўных форм, мала зварочвалі ўвагі на палепшаньне санітарнага дабрыту вёскі, двара і хаты селяніна.

Проціпажарныя меры ў будаўніцтве — гэта яшчэ ня ўсё, ёсьць больш важны бок—санітарная вартасьць яго. Назіраюцца такія выпадкі, што „сырцовыя", агнятрывалыя будынкі зьяўляюцца пэўнай пагрозай здароўю, калі пабудаваньне іх нядобра выканана з санітарна-тэхнічнага боку, асабліва ў няспрыяючых для яго кліматычных умовах.

Вось тая кароткая характарыстыка дзяржаўных і земскіх мерапрыемстваў у мінулым па сельскаму будаўніцтву, якія амаль што зусім не палепшылі дабрабыту вёскі і не зрабілі належнага ўплыву на сялянства.

II.

Пераходзім зараз да разгляду асноўных фактараў, уплываючых на кватэрнае будаўніцтва нашага сялянства. У сваім будаўніцтве селянін консэрватыўны і эволюцыя першапачатковай формы яго хаты залежыць, галоўным чынам, ад уплыву кліматычных і іншых прыродных умоў, ад культурных запатрабаваньняў, заможнасьці гаспадаркі, спосабу вядзеньня яе і г. д. Эволюцыя сялянскае хаты ствараецца вельмі паступова. Ды і ня дзіўна, калі паглядзець на мінулы соцыяльна-экономічны політычны стан беларускага сялянства, які пакінуў свой чорны адбітак на ўсіх праявах нормальнага жыцьця іх. Апрача прыгнечаньня, цяжкіх падаткаў і культурнага заняпаду, беларуская вёска з даўняга часу ня раз руйнавалася крывавымі падзеямі, якія адбываліся на ёй.

Гісторыя Беларусі досыць сьведчыць аб гэтым, асабліва аб апошніх імпэрыялістычнай і грамадзянскай войнах і польскіх падзеях.

Пры такіх варунках, бязумоўна, беларускаму селяніну немагчыма было думаць аб хуткай эволюцыі і палепшаньні дабрабыту сваіх кватэрных умоў.

Будуючы сабе хату, селянін думае, галоўным чынам, аб тым, каб захаваць у зімні час цяпло і прыстасаваць яе да сваіх гаспадарчых патрэб. Хата ў селяніна зьяўляецца толькі часткай яго вытворчасьці; хата служыць яму ня толькі для выгод памяшканьня, але і для агульна гаспадарчых. Усе будынкі яго двара ў цэлым зьяўляюцца вытворчай адзінкай сельскае гаспадаркі.

Будоўля двара, апрача прыродных фактараў, залежыць ад разьмераў сядзібнае плошчы, заможнасьці і аб'ёму гаспадаркі.

Тыповай пабудовай двара можна лічыць вянковую, толькі ў незаможных гаспадарках, пры вузкай сядзібнай плошчы (цераспалосіцы) пабудова двара аднашэрагавая, двухшэрагавая, літарай Г, няпоўнай літарай П—у залежнасьці ад ступені заможнасьці і сядзібнае плошчы. Імкненьне сялянства будаваць свой двор вянком тлумачыцца тым, што такая форма пабудовы бароніць двор ад холаду і больш выгодна для вядзеньня гаспадаркі (дагляд за жывёлай і г. д.). Хата ў агульнай забудове двара мае шчыльную сувязь з іншымі бруднымі будынкамі-хлявамі. Толькі гумно і лазьня стаяць водаль ад сядзібы. Падобная сувязь зьяўляецца небясьпекай як у пажарных, так і ў санітарных адносінах. Зачыненая забудова двара падобна да бруднае ямы, забароненай ад уплыву сонца і вятроў.

Беларускае сялянства будуе свае хаты паводле 3-х тыпаў: чатырохсьценкі, пяцісьценкі і з дзьвех палавін. Хата-чатырохсьценка — гэта драўляны зруб, сярэдніх разьмераў—7×8 альбо 8×9 арш., да якога прыбудованы трохі меншых разьмераў халодныя сенцы. Часта бывае, што і бяз сенцаў. Хата пяцісьценка—гэта эволюцыя чатырохсьценкі, дзе халодныя сенцы прыстасаваны для жыльля, дзякуючы чаму жылая плошча павялічваецца. Хата з дзьвёх палавін—гэта ёсьць дзьве чатырохсьценкі, злучаныя паміж сабой цёмнымі халоднымі сенцамі.

Пабудова хаты, як і наогул усіх будынкаў, вельмі прымітыўна. Гарадзкая культура і тэхніка ў гэтым напрамку зусім мала зрабіла ўплыву. І да гэтага часу „курныя" хаты яшчэ можна напаткаць, асабліва ў паўднёва-заходняй часьці БССР.

Цяпер паглядзім, якія асноўныя санітарныя хібы ў кватэрным будаўніцтве нашае вёскі*).

Паводле даных папярэдняга санітарнага дасьледваньня 1.052 хат, у мэтах выяўленьня кватэрных умоў беларускага сялянства,—хата селяніна ў сваёй масе зьяўляецца: вільготнай, цеснай, няпрытульнай, у адзін пакой, з многімі шкоднымі кузуркамі; плошча падлогі і кубатура значна ніжэй нормы; недахоп натуральнага асьвятленьня і г. д. Асабліва кватэрныя ўмовы сялянства пагаршаюцца ўзімку, дзякуючы ўтварэньню ў хаце гаспадарчых процэсаў, зьвязаных з доглядам за жывёлай.

Вільгаць у хатах узімку ёсьць у 66 проц. Гэткае распаўсюджваньне вільгаці ў беларускіх хатах залежыць ад цэлага шэрагу розных умоў і прычын, як знадворных, так і ўнутры самой хаты. Папершае тут трэба мець на ўвазе вільготнасьць глебы ад высокага стаяньня ў ёй грунтовых вод, балоцістыя месцы, адсутнасьць ізоляцыі сьцен

*) Увага: Кватэрныя ўмовы беларускага сялянства ў санітарных нарысах. Д-р Магілеўчык. Запіскі Бел. Дз. Сан. Бак. І-ту, том І, 1926 г.

ад глебы (адпаведнае падмуроўкі), зямляная падлога, а падругое— цесната хат, утварэньне ў хаце гаспадарчых працэсаў і г. д.

Значна пашыраная вільгаць зьяўляецца пагрозай як здароў'ю, так і трываласьці самаго будынку.

Групы хат з плошчай да 14 кв. арш.—54,46 проц. агульнае лічбы дасьледваньняў, прычым групы хат да 10 кв. арш. на душу ў гэтай лічбе складаюць 30%. Такія-ж прыблізна даныя і ЦСУ, паводле дасьледваньня 1587 гаспадарак у 5 акругах у 1923 г., яшчэ не пашыранай БССР.

Большая палова ўсіх хат ня мае мінімальнае нормы (2 куб. саж.) кубатуры на душу. Менш 1 к. саж. на душу—13,96 проц., менш 1,5 к. с.— 40,5 проц. З нездавальняючым асьвятленьнем—45,92 проц., усіх дасьледваных хат, поўцёмныя—23,96 проц. Для першае групы ўзяты коэфіцыэнты адносіны плошчы вакон да падлогі—1 : 20, для другой—1 : 28. Але гэты коэфіцыэнт яшчэ менш, калі возьмем пад ўвагу досыць грубы пераплёт рам. Значны лік хат 22,4 проц. ня маюць падлогі, што зьяўляецца асноўным санітарным недахопам, асабліва ў нашых кліматычных умовах. Печ, значна памяншаючы плошчу і кубатуру хаты, зьяўляецца неэканомнай для апалу.

Апрача таго, дзякуючы тэй ролі, якую печ мае ў сялянскім быту, пры іншых тэхнічных хібах пабудовы яе (пячуры, запечкі і інш.), яна служыць месцам зьбіраньня пылу і іншага бруду і разьвядзеньня шкодных кузурак.

Тынкаваньне сьцен, як рэдкасьць. Няроўнасьць іх, шмат шчылін, вялікія пазы і іншыя закуткі ў хаце, куды набіваецца ўсялякі бруд, зьяўляюцца месцамі выплоджваньня шкодных кузурак (клапоў, прусоў, тараканоў і інш.). Апрача таго, праз пазы і з-пад падлогі прадувае вецер, дзякуючы чаму ўзімку хата хутка студзіцца.

Трэба яшчэ адзначыць адну вялікую хібу ў агульным будаўніцтве двара, якая ўкосна адбіваецца на кватэрных умовах. Халодныя хлявы, у часы зімніх халадоў, зьяўляюцца небясьпечнымі для celanaраджоных жывёлаў, з прычыны чаго селянін прымушан іх браць у хату. Недастача некаторых службаў гаспадаркі, як, напр., месц хаваньня караньплодаў і інш., таксама ўкосна адбіваецца на кватэрных умовах.

Усе вышэйадзначаныя хібы і цэлы шэраг яшчэ іншых у значнай меры залежаць ад санітарна-тэхнічных недахопаў кватэрнага будаўніцтва нашае вёскі.

Пераходзячы да санітарнае характарыстыкі паасобных тыпаў хат, трэба адзначыць, што лепшай у санітарных адносінах зьяўляецца хата пяцісьценка, да якой само сялянства імкнецца, але і яна патрабуе яшчэ шмат санітарна-тэхнічных палепшаньняў (падмуроўка, асьвятленьне, пляноўка і г. д.).

Для характарыстыкі эволюцыі росту паасобных тыпаў раней і цяпер, прывядзем даныя нашага санітарнага дасьледваньня.

Час пабудаваньня. / Тып хаты.	Да 1905 г.	1905—1915 г.	1915—1925 г.
Чатырохсьценкі . . .	46,32	17,24	36,67
Пяцісьценкі	24,2	24,2	51,6
З 2-х палавін. . . .	41,6	15,85	42,65
Усіх разам.	40,1	20,1	39,68

Адгэтуль мы бачым, што тып пяцісьценкі за апошняе дзесяцігодзьдзе, фактычна з 1918 г., значна больш пашырыўся, чымся іншыя тыпы. У агульнай масе ўсіх хат (паводле нашых дасьледваньняў) рост пяцісьценкі пераважвае тып з дзьвёх палавін, між тым раней было наадварот. На жаль, немагчыма дакладна судзіць аб пашырэньні асобных тыпаў паводле даных ЦСУ з прычыны таго, што вылічваньне росту іх рабілася па коэфіцыэнту агульнага нарастаньня хат. Наогул трэба адзначыць, што дакладнае статыстыкі па сельскаму будаўніцтву няма.

Што тычыцца агульнага павялічэньня будаваньня вёскі за апошнія дзесяць год, якое вызначана ў нашых даных, а таксама ЦСУ і Дзяржстрахам, дык гэта тлумачыцца: па 1) вольным карыстаньнем леса ў час грамадзянскай вайны, а па 2) новым зямляўпарадкаваньнем, якое выклікала разьдзелы гаспадарак. Таксама спрыяе гэтаму льготнае разьмеркаваньне лесу сярод незаможных. Пашыранае будаваньне ў час грамадзянскае вайны дало нарастаньне жылой плошчы і лепшыя будынкі, чаго нельга адзначыць на Украіне і іншых часьцях Саюзу, небагатых лясамі.

Падзяляючы хаты на паасобныя тыпы, трэба адзначыць, што пяцісьценкі будуюць болей заможныя і болей культурныя (пісьменныя) сяляне.

Паводле даных ЦСУ номінальны кошт па Менскай акрузе ў 1926 г. чатырохсьценкі—490 руб., пяцісьценкі—1.140 р., з дзьвёх палавін—1.185 руб.; цяпер паглядзім па асноўных адзнаках экономіку гаспадарак паводле асобных тыпаў хат.

Па даных нашага дасьледваньня, экономіка гаспадаркі ў групе пяцісьценак (па адзнаках ворнае зямлі і буйнае жывёлы) стаіць вышэй (у сярэднім на 1 гаспадарку прыходзіцца ворнае зямлі 4,3 дз., буйнае жывёлы 3,3) чымся ў групе чатырохсьценак (зямлі 3,4 дз., буйнае жывёлы—2,8); тое самае можна бачыць і па ліку пісьменных на хату (у пяцісьценках у сярэднім 2,5 пісьменных на хату, у чатырохсьценках—1,6). Хата з дзьвёх палавін па эканоміцы падобна да пяцісьценкі. Значна большае пашырэньне ў апошнім будаўніцтве пяцісьценкі за тып з дзьвёх палавін можна тлумачыць тым, што пяцісьценка з боку жыльля і эксплёатацыі больш выгодна ў быту селяніна, чымся з дзьвёх палавін. Хата з дзьвёх палавін уяўляе сабой, можна сказаць, стары кулацкі тып хаты, які зараз стабілізаваўся і пачне аджываць.

Блізасьць гарадзкіх цэнтраў і чыгункі робіць некаторы ўплыў у бок павялічэньня лепшых будынкаў. Напрыклад, больш глухія акругі—Мазырская і Слуцкая маюць горшыя будынкі. Але ўплыў гэты цесна зьвязаны з экономікай гаспадаркі.

Нешта новае ў будаўніцтве новых сялянскіх хат унесла вайна і іміграцыя беларускіх сялян на бацькаўшчыну з далёкіх месц б. Расіі і замежных дзяржаў. Усё гэта гаворыць за тое, што будаўніцтва сялянскае хаты хоць і паступова, але набывае новыя формы і пры правільным падыходзе да яго, можна ўнесьці ў сялянскую хату асноўныя элемэнты аздараўленьня.

Апрача кватэрных умоў, санітарны дабрабыт вёскі ў значнай меры залежыць ад водазабясьпекі яе. Водазабясьпека сяла ва ўсім Саюзе зьяўляецца актуальным пытаньнем, а ў умовах Беларусі яно мае яшчэ свае спэцыфічныя асаблівасьці, якія вынікаюць з беднасьці і някультурнасьці нашае вёскі і іншых асаблівасьцяй. Дакладных даных аб сучасным становішчы водазабясьпекі беларускае вёскі поўнасьцю нельга даць. З боку дасьледваньня якасьці вады і наогул вывучэньня водазабясьпекі беларускае вёскі зусім мала зроблена, нават няма вучоту. Але досыць будзе агульных адзнак, якія ў сваёй аснове характарызуюць водазабясьпеку, ведаючы пры гэтым вёску, каб сказаць, што

сучасная водазабясьпека ў большасьці нашых вёсак не адпавядае ні санітарным, ні гаспадарчым, ні проціпажарным запатрабаваньням. На водазабясьпеку вёскі, як і на кватэрнае будаўніцтва ў мінулым не зварочвалася ўвагі. Селянін, шукаючы сабе ваду, як неабходны аб'ект умоў жыцьця і вядзеньня гаспадаркі, зварочвае больш за ўсё ўвагу на лёгкую здабычу яе, што часта адбіваецца на выбары для гэтае мэты небясьпечнага ў санітарных адносінах месца. Крыніцамі водакарыстаньня, у залежнасьці ад географа-топографічнага распалажэньня і іншых умоў вёскі (залюдненасьць, экономіка і г. д.) зьяўляюцца: студні, рэкі, вазёры, пруды і нават сажалкі. Умовы водакарыстаньня адкрытымі вадаёмамі і спосабы забруджваньня іх, нам досыць вядомы і казаць аб санітарнай характарыстыцы іх шмат ня прыходзіцца, асабліва адносна стаячых вадаёмаў. Наша вёска, карыстаючыся імі для піцьцявой вады, не вылучае асобных месц для гэтае мэты і не ўстанаўляе зоны санітарнае аховы іх. Там, дзе купаюцца, мыецца бялізна і г. д., набіраецца вада піцьцявая; апрача гэтага, адкрытыя вадаёмы значна забруджваюцца ад мочкі ў іх лёну, дажджавымі сьцёкамі з вуліц і ўгноеных палёў і г. д.

Дзякуючы лёгкай здабычы грунтовых вод, водакарыстаньне студнямі пераважвае водакарыстаньне з адкрытых вадаёмаў. Але трэба і тут сказаць, што ў санітарных адносінах студні таксама зьяўляюцца небясьпечнымі.

Экономія на будаўнічым матар'яле, і рабочай сіле адбіваецца на якасьці вады, а таксама і на колькасьці яе. Нявыгоднае распалажэньне студняў, у адносінах узроўню акружаючага іх месца спрыяе забруджваньню іх паверхнаснымі сьцёкамі па натуральнаму ўхілу. Часта студні будуюцца на нязначнай адлегласьці ад брудных месц—хлявоў двара і інш.

Якасьць будаваньня і спосаб даставаньня вады таксама зьяўляюцца небясьпечным у сэнсе забруджваньня вады. Нясьціпна складзеныя драўляныя зрубы, без належнае ізоляцыі іх ад верхняга бруднага пласта глебы, не бароняць воду ад пападаньня ў яе бруду, апрача гэтага, гніль самага зрубу спрыяе забруджваньню. Адсутнасьць у большасьці выпадкаў агульнага вядра для даставаньня вады зьяўляецца асноўнай пагрозай у сэнсе хуткага распаўсюджваньня страўна-кішэчных хвароб, калі зьявіцца хоць адзін выпадак у якой-небудзь хаце. Да гэтага можна дадаць яшчэ шэраг момантаў, вядомых нам, якія зьяўляюцца небясьпечнымі ў сэнсе забруджваньня вады, як, напрыклад, мыцьцё бялізны каля студні, паеньне жывёлы, неўпарадкаванасьць вакол студні (брук і ўхілы), дрэнны догляд і г. д. Бэтонныя студні, якія зьяўляюцца больш бясьпечнымі за драўляныя, нажаль вельмі мала пашыраны ў БССР. Будаваньне іх у нас пачалося разам з агнятрывалым будаўніцтвам. Больш пашыраны бэтонныя студні ў Магілеўшчыне і Віцебшчыне. У час вайны і гаспадарчае разрухі будаваньне іх заняпала было, зараз зноў пачынаецца. Сьвідраваныя студні на вёсцы як рэдкасьць. Апрача санітарнае небясьпекі водакарыстаньне нашае вёскі зьяўляецца небясьпечным, як вышэй адзначана, і ў пажарных адносінах. Недахват вады у час значнага выбіраньня яе і наогул нездавальняючая колькасьць студняў на вёсцы, разам з агульнай неналаджанасьцю проціпажарных мер, адбіваюцца на тушэньні пажараў, якія часта нішчаць вёску.

Крыніцы водазабясьпекі—гэта яшчэ ня ўсё для характарыстыкі водакарыстаньня. Трэба мець на ўвазе ўвесь шлях прахаджэньня вады ад крыніцы да ўжываньня яе насельніцтвам. А шлях гэты, у бытавых

умовах нашае вёскі зьяўляецца таксама далёка небясьпечным у сэнсе забруджваньня вады.

Прымаючы пад увагу ўсё вышэйпамянёнае, можна сьмела сказаць, што паталёгія нашае вёскі ў значнай меры залежыць ад кватэрных яе ўмоў і водазабясьпекі. Сталыя гнёзды паразытарных тыфусаў, значнае пашырэньне социяльна-бытавых хвароб (сухоты, трахома, кароста і інш.), сталыя гнёзды водных інфэкцый (брушны тыфус, крываўка) зьяўляюцца падарожнікамі дрэнных кватэрных умоў, дрэннае водазабясьпекі і наогул недабрабыту вёскі.

Па эпідэмічнасьці Беларусь наогул займае амаль першае месца сярод іншых рэспублік Саюзу, што адзначае сабой агульны санітарны недабрабыт БССР, як гарадоў, так і вёсак.

Хваравітасьць беларускага сялянства, асноўнай прычынай якой у значнай меры зьяўляецца памянёная санітарная небясьпека хаты і водазабясьпекі вёскі, па даных НКАЗ выяўляецца ў наступным на 10.000 насельніцтва:

Годы.	Брушны тыфус.	Крываўка.	Эпід. гастраэнтэр.	Высыпны тыфус.	Зваротны тыфус.	Сухоты.	Трахома.	Кароста.
1924	11.1	16,6	15,7	11.1	0,9	55,0*)	42,7	82,7
1925	13,3	12.7	18,1	11.07	0,4	79,7	82,5	160,8
1926	10.5	8.9	11.9	9,5	0,18	74,2	79,9	184,9

Гэтых даных ужо досыць, каб мець уражаньне аб агульным санітарным недабрабыце беларускае вёскі. Пры гэтым трэба мець на ўвазе, што ня ўсе хворыя падпадаюць рэгістрацыі, асабліва тых вёсак, якія знаходзяцца на далёкай адлегласьці ад мэдыцынскіх вучасткаў; фактычна лічбы гэтыя значна вышэй, асабліва па трахоме, каросьце і сухотах, на якія сялянства з пачатку іх мала зварочвае ўвагі. Толькі пачынаючы траціць працаздольнасьць зварочваюцца за мэдыцынскай дапамогай.

III.

Вышэй мы ўжо адзначылі, што рабілася ў мінулым з боку ўлады ў сэнсе палепшаньня дабрабыту вёскі, цяпер пяройдзем да разгляду, што робіцца зараз. Савецкая ўлада, зварочваючы вялікую ўвагу на ахову здароўя працоўных, непасрэдна зацікаўлена ў аздараўленьні сялянскае хаты і палепшаньні агульнага дабрабыту вёскі, што фактычна і зьяўляецца праўдзівай аздаравіцельнай мерай. Гэта досыць яскрава падкрэсьлена ў пастанове VII Усебеларускага Зьезду Саветаў (§ 7) па дакладу Народнага Камісара Аховы Здароўя т. Барсукова: „Зьезд Саветаў падкрэсьлівае, што канчатковай мэтай сельскага мэдыцынскага вучастку зьяўляецца аздараўленьне ўмоў жыцьця і працы сялянства. Вось чаму, асноўнай і галоўнай задачай сельскага доктара зьяўляецца ня толькі лекавая дапамога хворым, але і ўдзел у культурным будаўніцтве вёскі. Зьезд лічыць неабходным каб РВК і сельсаветы пры вырашэньні пытаньняў, зьвязаных з пляноўкай вёскі, з пабудовай школ, хат, лазьняў, студняў і г. д.,—прыцягвалі да гэтае справы мэдработнікаў вёскі“. Падобнае адзначана было старшынёй СНК т. Ада-

*) Увага. У гэтыя лічбы ўваходзяць усе віды сухоты.

мовічам на 1 выпуску Мэдфаку БДУ на запытаньне, што рабіць доктару на вёсцы, калі не хапае больніц і абсталяваньня іх. Як гэта, так і шэраг іншых пастаноў і вызначаных мерапрыемстваў гавораць за тое, што палепшаньне дабрабыту вёскі Савецкая ўлада Беларусі ставіць як неадкладную задачу, у вырашэньні і правядзеньні якой органы аховы здароўя павінны прыняць самы актыўны ўдзел. На жаль, роля і ўдзел органаў аховы здароўя ў кватэрным будаўніцтве вёскі, якое значна павялічылася зараз у зьвязку з зямляўпарадкаваньнем—выяўлены зусім слаба. Аб росьце сельскага будаўніцтва можна судзіць па даных НК Земляробства. На 1927 г. зямляўпарадкаваньню падлягае 64.530 двароў, у гэтым ліку будзе пабудавана новых двароў каля 10.000.

Па матар'ялах ЦСУ агульны лік двароў на Беларусі (бяз Гомельшчыны) павялічыўся ў 1926 г. ў параўнаньні з 1924 годам з 612921 да 706.469. Матар'ялы ЦСУ зьяўляюцца фактычна матар'яламі Дзяржстраху. Тут можна дапусьціць некаторую няточнасьць нарастаньня. Магчыма, што сюды папала часьць існаваўшых ужо будынкаў, але быўшых не застрахаванымі да 1924 году.

Практычныя мерапрыемствы па сельскаму будаўніцтву пачаліся фактычна з 1924-25 году па лініі НКЗему. Мерапрыемствы гэтыя выяўляюцца ў тэхнічнай дапамозе і вызначэньнем спэцыяльных пазык, якія з кожным годам павялічваюцца. Пазыкі разьмяркоўваюцца наступным парадкам: 1) на агнятрывалае будаўніцтва; 2) дапамогу пры зямляўпарадкаваньні; 3) дапамогу пагарэльцам і 4) будаваньне студняў, выключна бэтонных. Дапамога вызначаецца пераважна па лініі агнятрывалага будаўніцтва і зямляўпарадкаваньня. Становішча старых вёсак амаль не закратваецца. Слабы ўдзел органаў аховы здароўя ў правадзімых мерапрыемствах зьяўляецца вялікім недахопам у правядзеньні новага здаровага будаўніцтва вёскі. Слабы ўдзел і ўплыў органаў аховы здароўя на будаўніцтва вёскі залежыць: 1) ад прычыны слаба вызначанай ролі НКАЗ у існуючых палажэньнях і заканадаўству па гэтаму пытаньню; 2) ад недахвата сан. дактароў наогул і, у прыватнасьці, дактароў па кватэрна-камунальнай санітарыі і 3) адсутнасьці ў органаў Аховы Здароўя спэцыяльных сродкаў на санітарна-тэхнічныя мерапрыемствы. Прымаючы пад увагу, што здаровае будаўніцтва вёскі зьяўляецца асноўнай аздаравіцельнай мерай сялянства,—неабходна дадаць усёй справе па сельскаму будаўніцтву выяўлены арганізацыйны кірунак, шляхам узгадненьня інтарэсаў усіх зацікаўленых у гэтай справе ўстаноў, узяўшы за аснову ўсяе дзейнасьці палепшаньне санітарнага дабрабыту вёскі. Кватэрнае будаўніцтва і наогул упарадкаваньне вёскі, уяўляючы сабой адну з важных галін савецкага будаўніцтва, павінны мець плянавасьць і адпаведнае рэгуляваньне. Рэгуляваньне ў даўным выпадку павінна праводзіцца ў наступных кірунках: 1) арганізацыйна-тэхнічна-будаўнічым—па лініі НКЗямляробства; 2) санітарна-тэхнічным—НКАЗ і 3) эканамічным—Дзяржпланам. Гэта павінна быць прынята пад увагу пры выданьні адпаведных заканадаўстваў і палажэньняў, як агульна-рэспубліканскага значэньня, так і мясцовага. Падобны шлях на Украіне па аздараўленьню сяла даў станоўчыя вынікі.

Пераходзім да разгляду тых практычных мерапрыемстваў, якія мы павінны ўжыць у справе палепшаньня кватэрна-камунальнага дабрабыту вёскі. Перш за ўсе мы павінны паставіць перад сабой такую задачу, што мерапрыемствы, якія мы будзем высоўваць, павінны быць праўдзівымі і жыцьцёвымі. Вышэй мы ўжо адзначалі, якія мерапрыемствы вызначаліся ў гэтым кірунку ў дарэвалюцыйны час і чаму яны ня мелі належнага посьпеху і ўплыву на сялянства.

Праўдзівымі і жыцьцёвымі нашы мерапрыемствы будуць толькі тады, калі яны будуць адпавядаць і прыстасаваны да запатрабаваньняў нашае вёскі,—яе быту, звычаям, гаспадарчым патрэбам, экономіцы яе і г. д. А гэта значыць, што мы павінны дасканальна ведаць нашу вёску, ведаць самыя балючыя яе месцы, як да іх прыступіцца і залячыць, не павялічваючы болю. Калі мы паставім зараз перад сабой такое пытаньне, ці добра мы з гэтага боку ведаем беларускую вёску, дык трэба сказаць, што не,—добра ня ведаем. Нават жывучы ў вёсцы і то можна прабачыць некаторыя моманты, ад якіх шмат чаго залежыць. Вышэй мы гаварылі аб паталёгіі нашае вёскі, а ў якой меры, прычын, выклікаючых яе, з якімі мы павінны змагацца, мы дасканальна ня ведаем. Мы толькі наогул ведаем, што прычыны гэтыя досыць значныя. Выходзячы з гэтага, я думаю, першае, што мы павінны паставіць перад сабой, гэта дасьледваньне і вывучэньне нашае вёскі. Гэтай справай павінны заняцца ў першую чаргу санітарныя організацыі, краязнаўчыя і вучастковыя дактары. Мэдсэкцыяй Інбелкульту разам з санітарнай організацыяй папярэдняе дасьледваньне праводзіцца, кой-якія матар'ялы ўжо маюцца, але гэтага мала для поўнага вывучэньня. На першы погляд нам можа здавацца, што ў вёсцы ўсё проста і прымітыўна і што ўмовы жыцьця аднае вёскі нічым не адрозьніваюцца ад іншых і г. д. Між тым гэта ня так. Гэта прастата і прымітыўнасьць толькі агульная адзнака, якая мае свае асаблівасьці ня толькі ў паасобных акругах, але нават і ў адным раёне. Аздараўленьне сялянскае хаты здаецца простая рэч,—узяць ды распрацаваць такі тып хаты і двара, які з санітарна-гігіенічнага і тэхнічнага боку будзе добрым, але не заўважаўшы пры гэтым бытавых умоў сялянства, яго гаспадарчых патрэб і экономікі, гэты тып будзе няжыцьцёвым. Вось чаму нам патрэбна дасканальна ведаць вёску. Толькі на падставе гэтага мы зможам вызначыць пэўны і жыцьцёвы шлях аздаравіцельных мерапрыемстваў і будзем ведаць, у які бок іх больш накіраваць, у які менш, што таксама зьяўляецца неабходным і для разьмеркаваньня дзяржаўнае дапамогі.

Вывучэньню павінны падлягаць ня толькі тыя вёскі, якія існуюць да гэтага часу, але якія і зараз утвараюцца. Як і ў іншых галінах, наша практычная праца па аздараўленьню вёскі павінна грунтавацца на пэўных навуковых даных, якія могуць быць набыты толькі сталым назіраньнем за тымі ці іншымі адмоўнымі фактарамі. Тут патрэбна падумаць аб прыбліжэньні да вёскі нават лябораторнага дасьледваньня. Трэба з большай точнасьцю выявіць эпідэміолёгічнае значэньне сялянскае хаты і вадазабясьпекі вёскі ў справе разьвіцьця і пашырэньня розных інфэкцыйных хвароб.

Асаблівую ўвагу неабходна зьвярнуць на вывучэньне з санітарна-тэхнічнага і эканамічнага боку ў нашых умовах агнятрывалага будаўніцтва сялянскіх хат, якое зараз прапагандуецца і праводзіцца НКЗемам. Агнятрывалыя жылыя будынкі на Беларусі будуюцца пераважна з рознага гатунку сырцовае гліны і бэтону; праўда, пакуль што іх маецца ўсяго толькі некалькі дзесяткаў (каля 40—60). Часьць з іх пабудованы яшчэ ў дарэвалюцыйны час, а часьць цяпер. Аб вартасьці іх з санітарна-тэхнічнага боку ў нашых умовах невядома нам. Іншых халодных агнятрывалых будынкаў і будынкаў з агнятрывалымі стрэхамі разам налічваецца каля 2.000. У 5-гадовым пляне НКЗему вызначана давесьці да 1 проц. агнятрывалых будынкаў наогул і 2 проц. з агнятрывалымі стрэхамі агульнага ліку ўсіх сельскіх будынкаў на Беларусі. Як бачым, гэта досыць значная колькасьць. Не паслабляючы патрэбы і вартасьці агнятрывалага будаўніцтва наогул, як самае асноў-

нае проціпажарнае меры, трэба перад уладай і грамадзкасьцю высунуць больш паважны бок сялянскае хаты,—санітарную вартасьць яе і ўплыў на здароўе. Прызначэньне ўсялякае кватэры перш за ўсё чыста гігіенічнае; дрэнныя кватэры адбіваюцца на вялікай хваравітасьці і сьмяротнасьці насельніцтва.

Пакуль мы ня будзем ведаць з якога агнятрывалага матар'ялу лепш будаваць хаты і якім спосабам, каб з санітарнага боку яны зьяўляліся бясьпечнымі, а падругое, пакуль сам селянін ня выўчыцца гэтай справе,—будаваньне агнятрывалых хат павінна быць як спроба для вывучэньня. Апрача таго, нельга сказаць, што на будаўніцтва хат у нас не хапае ўжо лесу. На адну гаспадарку прыходзіцца лясное плошчы ад 2,2 дз. да 9,9 дзес., у сярэднім каля 4 дз. Пры правільным вядзеньні лясное гаспадаркі і эканоміі лесу на іншыя патрэбы, у прыватнасьці пры пераходзе прамысловасьці на апал торфам, лесу хопіць на доўгія часы. Ёсьць іншая зараз пэўная мэта па агнятрываламу будаўніцтву як у санітарных, так і проціпажарных адносінах,—гэта будаваньне бэтонных студняў, агнятрывалых стрэх і халодных будынкаў. Аб іншым спосабе ў нашых умовах аздараўленьня водазабясьпекі вёскі зараз думаць ня прыходзіцца. У 1924-25 годзе па лініі НКЗему бэтонных студняў пабудована 50, у 1925-26 г.—207; на 1926-27 г. вызначана пабудаваць іх 975, з іх 6 сьвідраваных-абэсынскіх. Трэба, каб гэта справа ў далейшым была значна больш пашырана.

Аздараўленьне вёскі павінна праводзіцца ў двох кірунках: 1) палепшаньне санітарнага дабрабыту існуючых, 2) будаўніцтва новае здаровае вёскі.

Як і ў шмат іншым, тут мы павінны пачынаць з санітарнае прапаганды, шчыльна ўвязваючы яе з агульна-культурнай працай на вёсцы. Неабходна высьвятліць сялянству ўсе адмоўныя бакі яго хаты, водазабясьпекі і г. д. і даць практычную параду па аздараўленьню іх. Патрэбна даць на вёску добразразумелы плякат, брошуру з плянамі, грашовымі разьлікамі, тэхнічнымі ўказаньнямі і г. д. А яшчэ лепшай будзе прапаганда, калі яна будзе праводзіцца на прыкладах, будаваньнем прыкладных хат, двара і студняў. А такую меру пры дзяржаўнай, грашовай і санітарна-тэхнічнай дапамозе ўжыць можна. 2-3 падобных прыклады на раён будуць мець вялікую справу, асабліва ў тых выпадках, калі ў даным прыкладзе селянін будзе бачыць, што без асаблівых затрат, ён зможа палепшыць свае кватэрныя ўмовы і наогул дабрабыт свайго жыцьця.

У цэнтры па лініі НКАЗ і НК Зем. павінна быць скончана распрацоўка прыкладных расплянаваньняў селішч і лепшага, здаровага тыпу хаты. Першае амаль ужо скончана, распрацоўка тыповае хаты яшчэ не закончана. Гэта праца павінна быць працягнута і паглыблена на мясцох, дзе лягчэй бачыць эканамічныя магчымасьці і бытавыя асаблівасьці.

Досыць рэальна можна ставіць пытаньне аб правядзеньні мінімальных санітарна-гігіенічных нормаў у будаўніцтве хат, вызначаных у пастанове СНК БССР ад 26/VII 1926 г., па крайняй меры ў тых выпадках, дзе атрымоўваецца дзяржаўная дапамога. Палепшаньне можна пачаць з такіх мер, якія ня зьвязаны з асаблівымі выдаткамі, напрыклад, вышыня сьцен, разьмеры вакон, пабудова фортак, палепшаньне тыпу печы, ізоляцыя ад глебавае вільгаці, больш сьціпная пабудова сьцен і г. д.

Што тычыцца распланаваньня новых вёсак, то бязумоўна, яно павінна праводзіцца паводле правілаў, вызначаных у той-жа самай пастанове СНК.

Бязумоўна, асноўныя мерапрыемствы павінны быць накірованы на будаўніцтва новаўтвараемых вёсак, але гэта ня значыць, што мы не павінны зварочваць увагі на існуючыя, з іх нездаровымі хатамі і водазабясьпекай, якія доўгія годы яшчэ могуць шкодзіць здароўю сялян. Па гэтаму, побач з магчымым палепшаньнем новаўтвараемых вёсак, павінна праводзіцца штодзенная праца па аздараўленьню існуючых. У гэтай галіне таксама вялікая прастора дзейнасьці. Пры нязначных затратах можна палепшыць натуральнае асьвятленьне, пабудаваць фортку ў вакне, невялікім і правільным рамонтам і правільным утрымоўваньнем хаты можна ацяпліць і пазбавіць ад вільгаці яе (ужыўшы пры гэтым для ізоляцыі ніжняга вянка сьцяны хоць-бы бяросту), ацяпленьнем хлявоў можна пазбавіцца ўзімку ад супольнага жыцьця з жывёламі, пазбавіць хату ад шкодных кузурак, упарадкаваньне і ўтрыманьне ў чыстаце двара, палепшаньне водазабясьпекі, шляхам будаваньня новых бэтонных студняў, палепшаньне і ўпарадкаваньне існуючых і г. д. Нават немагчыма пералічыць усе тыя санітарна-тэхнічныя палепшаньні, якія можна і неабходна ўжыць у існуючых вёсках.

Трэба яшчэ адзначыць адну меру, якая мая вялікае значэньне ў аздараўленьні вёскі—гэта прэміраваньне за пабудову лепшых здаровых хат і здаровых студняў.

Казаць аб тым, што аздараўленьне вёскі зьяўляецца лёгкай справай і хутка вырашымай, ня прыходзіцца. Тут проста мы павінны сказаць, што проблема аздараўленьня вёскі ўяўляе сабой вялізарную, складаную і цяжкую задачу. Вырашэньне гэтае проблемы вымагае шмат часу, напружанае працы, матар'яльных затрат, адпаведных работнікаў у гэтай галіне і г. д., а самае галоўнае—самадзейнасьці самаго сялянства. Усе мерапрыемствы ў гэтым напрамку павінны быць шчыльна ўвязаны з гаспадарча-экономічным ростам вёскі, яе культурнымі запатрабаваньнямі, агульным ростам экономікі краіны, ад якой залежыць дзяржаўная дапамога і г. д.

У справе практычных правадыроў гэтых мерапрыемстваў на месцы, павінны быць па лініі НКАЗ—сан. дактары, а па лініі НКЗем.—тэхнікі-будаўнікі. Яны павінны быць консультантамі, яны павінны прыцягнуць да гэтае справы сельскі актыў і наогул падняць самадзейнасьць сялянства, уцягнуць іншыя культурныя сілы вёскі і г. д., гуртуючы пры гэтым усю працу вакол санітарных і іншых грамадзкіх організацый (сан.-камісій, хат-чытален, краязнаўчых організацый і г. д.).

Асаблівую ўвагу на палепшаньне санітарнага дабрабыту вёскі ў сваей штодзенай працы, павінен зьвярнуць вучастковы мэдпэрсанал, як на адзін з мэтадаў чыстае профіляктычнае і дыспансэрнае працы.

Савецкая мэдыцына, уяўляючы сабой мэдыцыну социяльна-профіляктычную, страціла-б свой пэўны твар, прайшоўшы міма сучаснага стану ўмоў жыцьця і не паставіўшы перад сабой задачу аздараўленьня іх. Што ў мінулыя часы для доктара было забаронена, зараз зьяўляецца яго абавязкам—удзел у культурным будаўніцтве.

Удзел у выбары і расплянаваньні месца пад новае селішча, нарада, якім спосабам пабудаваць здаровы двор і хату, як палепшыць існуючую, як пабудаваць здаровую студню і як аздаравіць існуючую водазабясьпеку—у сучасны момант на месцы зьяўляецца справай вучастковага доктара, што фактычна вызначана і пастановай VII Усебеларускага Зьезду Саветаў і было адзначана нашым старшынёй СНК тав. Адамовічам на I выпуску мэдфаку БДУ. З прыбліжэньнем санітарнага доктара на вёску, асяродак цяжару гэтае справы, бязумоўна, ускладзецца на яго.

IV.

Падагульваючы вышэйпамянёнае ўсё разам, неабходна зрабіць наступныя вывады:

1. Санітарная небясьпека беларускае вёскі ў значнай меры залежыць ад дрэнных кватэрных умоў і водазабясьпекі яе. Сучасны стан беларускае вёскі ўяўляе сабой адбітак мінулага культурнага заняпаду яе, беднасьці і г. д.

2. Аздараўленьне існуючае сялянскае хаты і водазабясьпекі ў будаўніцтве новае здаровае вёскі зьяўляецца аснаўной аздаравіцельнай мерай сялянства.

3. Сучаснае зямляўпарадкаваньне павінна быць адначасова мерапрыемствам будаваньня новае здаровае вёскі.

4. Мерапрыемствы па аздараўленьню сялянскае хаты, водазабясьпекі і наогул па палепшаньню дабрабыту вёскі павінны быць шчыльна ўвязаны з бытавымі запатрабаваньнямі сялянства, экономікай вёскі і г. д.

5. Прымаючы пад увагу цяжкое экономічнае становішча і малакультурнасьць сялянства, у справе аздараўленьня вёскі неабходна ўжыць больш шырокія дзяржаўныя мерапрыемствы: 1) павялічэньне пазыкі на сельскае будаўніцтва і тэрміну звароту яе (да 15—20 гадоў), 2) прыбліжэньне да вёскі санітарна-тэхнічнае дапамогі (сан. дактароў і тэхнікаў-будаўнікоў), 3) ільготны водпуск лесу незаможным сялянам, 4) прэміраваньне за новапабудаваныя паводле санітарных правілаў хаты, двары, студні і г. д.

6. Распрацоўка паводле санітарных правілаў тыпу сялянскае хаты і наогул тыпавых расплянаваньняў двара і вёскі, якія-б адпавядалі бытавым запатрабаваньням і экономіцы сялянства, зьяўляецца грунтоўным пачаткам здаровага будаўніцтва вёскі.

7. Прымаючы пад увагу, што палепшаньне кватэрнага будаўніцтва і водазабясьпекі вёскі зьяўляецца аздаравіцельнай мерай сялянства, неабходна дадаць усёй гэтай справе выяўлены організацыйны кірунак, шляхам узгадненьня інтарэсаў усіх зацікаўленых у гэтым устаноў.

8. Асноўныя мерапрыемствы па сельскаму будаўніцтву і рэгуляваньне яго неабходна утачніць і вызначыць па трох лініях: 1) організацыйна - тэхнічна - будаўнічай—НК Земляробства, 2) санітарна - тэхнічнай—НКАЗ, 3) экономічнай—Дзяржплян. Роля і ўдзел органаў аховы здароўя ў сельскім будаўніцтве павінны быць вызначаны ў адпаведных законадаўствах, як агульна-рэспубліканскага, так і мясцовага значэньня.

9. Асновай профіляктычнае працы вучастковага мэдпэрсаналу на вёсцы павінна быць аздараўленьне кватэрных умоў і водазабясьпекі.

10. На санітарна-тэхнічныя мерапрыемствы (дасьледчую працу, прыладнае будаўніцтва паводле санітарных правілаў і г. д.) па лініі НКАЗ неабходна стварыць спэцыяльны сан. тэхнічны фронт.

11. Маючы на ўвазе вялікую патрэбу вёскі ў дзяржаўных сродках і абмежаванасьць іх зараз,—дзяржаўная дапамога па сельскаму будаўніцтву павінна вызначацца ў першую чаргу на будаўніцтва новых вёсак і аздараўленьне існуючых, горш небясьпечных у санітарных адносінах, прымаючы пад увагу пры гэтым іх экономіку і іншыя патрэбы.

12. Задача аздараўленьня вёскі зьяўляецца складанай і цяжкой, але яна будзе вырашана і пераможана агульным ростам сельскае гаспадаркі і прамысловасьці, актыўнай самадзейнасьцю сялянства і дапамогай рабоча-сялянскай улады.

Клиническая медицина

Ампутация нижней конечности и протез.

(Из Ортопедической амбулатории и Протезной Мастерской Н. К. З. Бел.)

М. Шапиро.

Мировая и гражданская война оставили нам тяжелое наследие в лице огромного количества лиц, лишенных своих конечностей. Если Германия насчитывает свыше 80.000 ампутированных, страны Антанты — около 180.000, то можно себе представить, как велика эта цифра у нас в Союзе. Она, без сомнения, исчисляется сотнями тысяч.

Такое большое число лиц, ложащихся из-за инвалидности бременем на государство, привело к тому, что протезные институты, на обязанности которых лежит снабжение протезами всех видов ампутированных, получили возможность в значительной степени усовершенствовать конструкции самих протезов, а также, в контакте с хирургами, выработать целый ряд условий, которыми надлежит руководствоваться при производстве ампутаций. Культя, ампутированная на соответствующем месте, значительно облегчает опротезирование.

Благодаря огосударствлению этого вида социальной помощи, все вопросы протезирования стали очень близки огромной массе увечных, пользующихся протезами.

Естественно поэтому, что и врачи, с которыми эти больные приходят в соприкосновение, должны быть осведомлены о методах опротезирования.

Все работы последних лет, суммирующие опыт минувших войн, рассматривают вопросы ампутации в тесной связи с вопросами протезирования и тот опыт, который приобретен при изучении военных увечий, переносится теперь и на ампутации мирного времени.

Будучи уверенным, что правильная техника всякой ампутации более или менее известна всем, я на ней не задержусь долго. Всякая культя должна быть так оперирована, чтобы ни кожа с болезненным, на невыгодном месте нагрузки расположенным, рубцом, ни костные отростки, ни невромы, ни коническая форма культи не служили бы помехой для правильного пользования ею. Форма культи, ее положение, подвижность, кровоснабжение—все это вопросы, в достаточной мере разобранные в специальной литературе последних лет. Также довольно много работ посвящено изучению путей, устраняющих возникающие ошибки.

Часто указывается, что все эти вопросы, собственно, не имеют особенного значения, так как в случае необходимости исправить один из вышеназванных недочетов, это всегда можно сделать путем вторичной, так называемой, реампутации.

Мои наблюдения над без малого 800 инвалидов, прошедших за год через Протезную Мастерскую НКЗ Бел. заставляют, однако, думать иначе.

Насколько безропотно увечные позволяют после тяжкого ранения ампутировать свою конечность на той высоте, какую хирург признает нужной, настолько трудно уговорить их подвергнуться вторичной операции, хотя бы речь шла даже не об укорочении, а о простой операции, вроде выскабливания или пересадки кожи и т. п. Характерно (это подмечено и немецкими авторами), что на верхней конечности больного легче уговорить подвергнуться реампутации, нежели на нижней.

Эти соображения должны всегда лежать в основе плана каждой ампутации, предпринимаемой по поводу того или иного показания.

Но есть еще одно обстоятельство, которое, как я выше сказал, не может остаться без влияния на технику ампутации, вернее говоря, на выбор места ампутации—это опротезирование культи.

Концентрация дела протезирования в нескольких пунктах Союза и совершенное отсутствие науки о протезах в планах Медфаков, сделало ее достоянием небольшой группы лиц, специально отдавшихся этому делу. В результате этой оторванности и получается целый ряд недоразумений, возникающих при многих случаях, когда необходимо опротезировать конечность, усеченную без критического рассмотрения тех условий, которые протез пред'являет культе.

Еще в начале минувшей войны основным положением в учении об ампутациях конечностей было—щадить каждый сантиметр усекаемой конечности. В основе этого положения лежало естественное стремление приблизить усекаемую конечность к земле, что давало больному большие преимущества. Длинная культя давала большую устойчивость, лучшую походку. Благодаря более длинному рычагу, больному легче было владеть как культей, так и своей искусственной конечностью.

Это положение и сейчас, конечно, остается в силе, однако с целым рядом оговорок, часть которых зависит от выносливости культи и способности ее к нагрузке, часть же от взаимоотношений между культей и прилаживаемым к ней протезом.

Дело в том, что как каждый протез должен быть подогнан к культе, так и культя, со своей стороны, должна быть сделана так, чтобы и протез было легко подогнать. Для этого, кроме обычных моментов, чисто технических (рубец, нерв, кость и т. п.) врачу следует всегда при ампутации учитывать и момент опротезирования.

Рассмотрим те обстоятельства, которые обусловливают возможность и невозможность целесообразного опротезирования каждого из известных в хирургии способов ампутации нижней конечности. Вылущения на стопе сводятся к операциям: Лисфранка, Шопара, комбинир. Егера и Мальгеня (sub talo).

Вопрос рациональной культи в операции по Лисфранку—это вопрос кожный. Предпринимаемая в огромном большинстве случаев по поводу отморожения или тяжкого травматического повреждения плюсни и пальцев, эта операция редко производится в условиях достаточно длинного, хорошо питающегося, подошвенного лоскута. Этим об'ясняется очень значительный процент патологических культей при этой операции. Скверно питающийся лоскут дает очень нежный, синюшный, часто из'язвляющийся рубец. Малейшее трение об обувь, иногда о плотный чулок, вызывает болезненность, которая ведет к рефлекторному ограничению подвижности в остальных суставах оставшейся части стопы. Это, в свою очередь, ведет к изменению ее положения и, если принять во внимание, что оставшаяся часть стопы, лишенная своей важной опоры в лице головки первой плюсневой кости, вообще склонна к пронационному положению, то становится

ясным, что операция Лисфранка, хотя и дающая возможность достаточной нагрузки и без протеза или обуви, значительно лишается своей ценности при необходимости или желании больного скрыть свой порок и пользоваться протезом.

Протезы для культей по Лисфранку состоят из твердого сплошного носка (из резины, войлока или дерева), вкладывающегося в обычную обувь, при чем для того, чтобы ботинок не перегибался на месте ампутации, в подошву вкладывается тонкая, но широкая стальная пластинка. Если же, как я выше указал, упор культи и рубец не выносят никакого соприкосновения с частями обуви или протеза, которого невозможно избежать при устремлении стопы вперед, при ходьбе на каблуках, протез приобретает сложную конструкцию, при которой вся голень заключается в кожаный тутор с металлическими шинами по бокам. Наши 7 случаев—все получили такие протезы. Операция Лисфранка имеет право на признание лишь при условии вполне достаточного кожно-мышечного лоскута, обеспечивающего прочный безболезненный рубец, расположенный на тыле стопы.

Несколько лучше, в смысле качества кожного лоскута, обстоит вопрос при вылущении по Шопару. За то, в смысле функции и пользования этой культей, дело обстоит хуже. Операцией по Шопару в корне нарушаются основные моменты статики оставшейся части стопы. Лишенные своих точек прикрепления musc extensores, tibialis anterior et posterior дают возможность Ахиллову сухожилию перевести оставшуюся культю в положение подошвенного сгибания. Отсутствие же всей передней части свода стопы ведет к целому ряду позднейших деформаций, при которых ампутированный наступает уже не культей, а некоторыми выступающими точками ее, либо, вообще не может продолжительно нагружат ее. Приходится прибегать к добавочным операциям; удлинение Ахиллова сухожилия, периостальное прикрепление extensor. et tib. ant и, наконец, артродезы в голеностопном суставе (немецкие авторы — вот те добавочные операции, которые несколько уменьшают процент патологических культей по Шопару. Лишь при соблюдении всех этих условий получается пригодная для нагрузки и опротезирования культя.

Операция Егера мало чем отличается от Шопара. Преимущество ее, сохранение ладьевидной кости, несколько удлиняет культю, придавая ей этим большую устойчивость и совсем незначительно, благодаря сохранению прикрепления musc. tibialis, ослабляет пронацию. Однако и здесь необходимо бывает произвести все те добавочные операции, которые указаны при операции по Шопару.

Лишь при соблюдении этих условий ампутированный может быть снабжен соответствующей ортопедической обувью, вроде указанной при операции по Лисфранку. В противном случае является необходимость в громодзких, трудно конструируемых протезах, часто требующих ремонта, чем причиняется немало огорчений их носителям. Из 8 больных с культей по Шопару только трое получили обувь; 5 человек опротезировано аналогично культям по Лисфранку.

Подтаранное вылущение по Мальгеню, при котором удаляется вся стопа, за исключением таранной кости, является операцией, давно отложенной в сторону. Попытка Оппеля снова ввести ее в арсенал хирургов, не получила распространения. Мотивы, побудившие предложить ее, были: 1) наступание здоровой подошвенной кожей и 2) эластичность походки в виду сохранения движения в голеностопном суставе. Однако, подробное знакомство с механизмом этой подвижности в суставе обнаруживает ее пассивность, так как на таранной

кости не прикреплена ни одна мышца. Зато опротезирование такой культи представляет большие затруднения. Устанавливаемый на физиологическом месте протеза искусственный голеностопный сустав должен быть расположен симметрично с суставом на здоровой ноге, однако, оставшийся talus заставляет перенести сустав либо ниже, чем на здоровой ноге, либо вперед. Такая конструкция усложняет производство протеза, делает его непрочным и уродует походку.

Из методов усечения стопы до пяточной кости наибольшим распространением пользуется операция, носящая название по великому соотечественнику нашему Николаю Ивановичу Пирогову—Пироговской. Огромным преимуществом этого способа является то обстоятельство, что культя, при правильном производстве операции дает ее носителю возможность ходить не хромая, без протеза, в виду очень незначительного укорочения культи. Значение этой операции в учении об ампутациях огромно. Она послужила толчком к целому ряду костнопластических методов, которые в большой мере содействовали улучшению качества культи, что, в свою очередь, дало возможность улучшить и упростить технику опротезирования. Еще до войны было предложено несколько видоизменений этой операции, которые должны были устранить две слабые стороны оригинального предложения Пирогова.

По его методу отпиленная пяточная кость поворачивалась к отпиленным мыщелкам голени под углом в 90° и в этом положении укреплялась на распиле. Такое положение пяточного бугра вызывало натяжение Ахиллова сухожилия, для чего предложено было добавлять перерезку его. А в виду того, что, по первоначальному способу, культя соприкасалась с землей не подошвенной поверхностью пятки, а задней—пяточным бугром, неприспособленным к нагрузке (всем известно появление пузырей при малейшем давлении обуви на заднюю поверхность пяточного бугра), получалась культя, мало приспособленная к нагрузке. Предложение Гюнтера производить распилы костей не в вертикальном направлении, а в косом,—сзади и сверху, кпереди и книзу, заслуживает подражания, так как одновременно устраняет оба вышеназванных недостатка.

Разрабатывая свой метод, Пирогов не думал о протезе; его желанием было создать выносливую и одинаковой длины со здоровой ногой, культю, своего рода живую деревяшку. Но в настоящее время вряд ли кто либо из ампутированных станет отказываться от протеза. Наоборот, требования к протезам растут со все увеличивающейся настойчивостью. И вот, при необходимости конструировать протезы для культей по Пирогову и возникает целый ряд трудностей, которые не только относятся к технике конструкций, но которые в основе своей имеют и значительные дефекты культи.

Дело в том, что большинство культей по Пирогову остаются с безобразным колбовидным утолщением конца, заставляющим делать и протез более широким в соответствующем месте. Этот косметический недостаток, во-первых, трудно скрыть, во-вторых, он уродует походку, заставляя расставлять ноги шире, чем больной обыкновенно привык. Также трудно протез прочно укрепить на культе, и чтобы он не вращался на ней, его следует прочно стягивать вокруг нее, что ведет к резкой атрофии всей голени. К этим обстоятельствам присоединяется и технический недостаток, указанный при опротезировании культи по Мальгеню. Искусственный механизм голеностопного сустава не имеет места под длинной культей и должен быть либо вынесен вперед культи, либо от него нужно вовсе отказаться. Из этих же

соображений нецелесообразны и все те виды операций, которыми во что бы то ни стало стремятся добиться выполнения пространства между обоими мыщелками голени, различными частями костей из стопы (Разумовский, Левшин-Спасокукоцкий, Таубер, Эйзельсберг и др.).

И, наконец, главная причина того, что операция Пирогова стала подвергаться критике во многих работах, вышедших после войны, давшей, как известно, огромный материал для изучения, это—плохая выносливость культи.

По данным немецкой статистики Zur Werth, из 100 культей, оперированных по Пирогову, в полной мере выносливыми и способными к полной нагрузке оказались лишь 42; 45—способными к нагрузке, но не выносливыми, а 13 оказались совершенно непригодными. Jottkowitz считает проблему опротезирования Пироговских культей совершенно неразрешимой и предлагает отказаться от этой операции. Английский ортопед Литтль сообщает: „В английской армии, к счастью для всех участников в мировой войне, операция Пирогова была производима очень редко“.

Несколько осторожнее высказываются русские ортопеды. Альбрехт и Трегубов требуют всех вышеприведенных условий для получения прочной и выносливой культи. При невозможности же, лучше ампутировать голень, ибо, в противном случае, увечный остается с ненужным придатком, сильно осложняющим протезирование и функцию конечности. Через мастерскую прошли 32 культи по Пирогову; из них 7 снабжены протезами с упором в боковые мыщелки берца и нижний край коленной чашки, 25—протезами обычного типа. Наши наблюдения заставляют нас в отношении ампутации по Пирогову придерживаться следующих положений:

1. Производить эту операцию при совершенно здоровой неотечной, в области мыщелков, коже.
2. Делать косой распил костей.
3. По возможности укоротить культю, как за счет мыщелков берца, так и пяточной кости, и
4. Добавочными клиновидными иссечениями кожи с боков лоскута сделать культю более цилиндрической, а не колбовидной.

Чрезмыщелковая операция голени (по Сейму), при которой пяточная кожа покрывает распил берцовых костей над мыщелками, производится в России и Германии очень редко. В Англии ее производят чаще и Литтль указывает, что 86 проц. этих культей очень выносливы и выдерживают нагрузку. У нас наблюдений не имеется, но теоретически трудность конструкции хорошего протеза также видима, как и при Пироговской культе.

Вылущений в голеностопном суставе не рекомендуется производить, так как такие культи также трудно поддаются опротезированию.

Ампутация голени—наиболее частый вид ампутации при травмах стопы и голеностопного сустава.

В нижней трети ампутацию не следует производить. Конструкция протеза (российского типа) на ампутированную голень такова, что культя и бедро обхватываются кожаными футлярами с металлическими шинами по бокам, соединенными на высоте коленного сустава шарнирами. Внизу шины прикреплены к деревянной щиколодке, с которой артикулирует стопа. Щиколодка эта, из соображений прочности, должна быть не меньше 12 снт. длиною, так как два болта, скрепляющие шины, должны проходить через нее в расстоянии 4 снт. от края и с промежутком между одним и другим тоже в 4 снт. Более короткая

щиколодка ведет к быстрому расшатыванию нижнего отрезка протеза, что делает его крайне непрочным и заставляет часто ремонтировать.

Таким образом, рациональной ампутацией голени является таковая на границе средней и нижней трети голени, т. е. с расчетом, чтобы до голеностопного сустава оставался промежуток минимум в 12 снт. Это требование оправдывается еще очень частым наблюдением над скверным питанием длинной культи; она всегда холодна, синюшна, потлива, легко из'язвляется, при чем язвы очень трудно поддаются заживлению. Часто больные не в состоянии носить протеза; крестьяне меняют его дома на деревяшку при согнутом колене. Способность нагрузки играет большую роль при ампутациях голени. Поэтому следует стремиться получить выносливую культю. Способ Бира, при котором костная пластинка, выпиленная из передней поверхности больше берцовой кости, покрывает распил костей, очень благоприятствует образованию такой именно культи. В случае технических затруднений при операции по Биру—следует оперировать апериостально по Бунге. Не следует также забывать о своевременных упражнениях культи (по Гиршу), которую нужно приспособить к нагрузке и сделать более выносливой. Опротезирование культи голени ампутированной в средней трети производится, обыкновенно из расчета, что 50 проц. нагрузки придется на культю, а 50 проц. на опорные пункты tuberositas tibiae. Такие протезы, как в функциональном, так и в косметическом отношении не оставляют желать ничего лучшего. Все вышесказанное относится и к ампутациям в средней трети.

Ампутация в верхней трети голени была до недавнего времени излюбленной операцией, так как давала возможность увечному вскоре после операции пользоваться протезом на согнутое колено. Будучи вполне пригодным в функциональном отношении, протез такой не удовлетворяет в косметическом. Среди наших инвалидов имеется 35 опротезированных на согнутое колено. Все крестьяне. Городские жители категорически отказываются от таких протезов.

В верхней трети следует ампутировать лишь при условии, если возможно сохранить отрезок голени длиною не меньше 8-10 снт., а также подвижность в коленном суставе. При этих условиях протез прочно обхватывает культю, не давая ей возможности выскользнуть из футляра; движения в коленном суставе—активно возможны, так как сохраняется место прикрепления musc. quadriceps. При невозможности получить культю вышеназванной длины, лучше перенести ампутацию выше колена, по Гритти или Сабанееву, так как культя меньше 10 снт. создает большие затруднения в протезировании. 365 ампутированных на голени распределяются следующим образом: 321—ампутированы в разных местах голени, при чем культя непригодна к нагрузке; все протезы сконструированы с упором в tuberos. tibiae, боковые мыщелки и часть в седалищный бугор; 44 имели выносливую и способную к нагрузке культю.

Вылущений в коленном суставе не рекомендуется делать, так как, во-первых, кожный лоскут тонок и при перекрытии мыщелков часто омертвевает, что отчасти вызывается и невозможностью тщательно приладить кожу к очень сложному контуру обоих мыщелков, и, во-вторых, опротезирование крайне затруднено из-за длинной культи и толстых мыщелков.

Всякую ампутацию бедра, которую можно произвести в условиях нормального питания в нижней трети, следует делать по принципу Пироговской культи на голени, т. е. по способу Гритти или Сабанеева. Эти операции дают для культи наилучшие условия выносливости

и нагрузки. Будучи с этой точки зрения совершенно равноценными, оба эти способа расходятся в смысле опротезирования; преимущество остается за способом Гритти. Операция Сабанеева создает культю нормальной длины бедра, а такая культя мешает правильной установке шарниров коленного сустава; при сидении опротезированное колено выступает вперед больше, чем здоровое, что неэстетично для глаза.

Из этих же соображений следует ампутировать и по Гритти так, чтобы мыщелки бедра были спилены несколько выше, чтобы оперированная культя была на 3-4 снт. короче здоровой. При этом условии гораздо легче оградить коленную чашку от соскальзывания с распила мыщелков, так как исчезает напряжение lig patellae super, которое в противном случае норовит всегда сдвинуть коленную чашку, даже несмотря на прочную фиксацию швами. Укреплять же чашку гвоздем —нецелесообразно.

Литтль указывает на то обстоятельство, что способ Гритти усложняет технику ампутации, не давая собственно никаких преимуществ перед чрезмыщелковой ампутацией по Carden'y, каковая технически проще; такая культя, как эпифизарная, очень вынослива.

Не имея личного опыта в ампутации по Carden'y, я позволяю себе, однако, выразить сомнение в преимуществах этой операции. Кто знает, как много хлопот доставляет хирургу удержание мышц над культей, к каким методам послеоперационного ухода приходится прибегать, чтобы воспрепятствовать ретракции мышц, тот согласится, что операция Гритти тем и ценна, что устраняет эти недостатки. А в смысле протезирования, если помнить об укорочении культи на 3-4 снт., она не оставляет желать ничего лучшего.

Усечение бедра на протяжении нижней и средней трети с точки зрения опротезирования не играет особенной роли, так как отпадает вопрос о способности нагрузки культи. Главный упор при ампутациях бедра создается на седалищном бугре. Упор же на культе играет второстепенную роль. Поэтому всякая культя, при условии достаточного перекрытия ее кожно-мышечным лоскутом, с рубцом, расположенным на сгибательной поверхности бедра, создает благоприятные условия для опротезирования. Следует всячески избегать образования конической культи. Удается это двумя путями: 1) Соблюдением всех условий, необходимых для асептического течения послеоперационного периода и 2) тщательным сшиванием кетгутом передних и задних мышц над костью. Коническая культя, с торчащим костным выступом, прикрытым кожным рубцом, служит большой помехой для создания удобного, хорошо сидящего протеза и должна быть реампутирована.

В верхней трети вопрос длины культи снова становится актуальным. Несмотря на то, что протезы на бедро получают вспомогательные приспособления для укрепления на больном в виде пояса вокруг туловища и чресплечного ремня, главной опорой для протеза все же является оставшаяся часть цилиндра конечности, к которой он прикрепляется и в интимном соединении с которой, он служит своему носителю. Выполнить эту задачу может культя длиною не меньше 12—15 снт., считая от верхушки большого вертела.

В тех же случаях, где эта длина культи не может быть достигнута, нужно усекать бедро под малым вертелом, каковую операцию следует предпочесть вылущению бедра в тазобедренном суставе.

Правда, эти короткие культи часто сопровождаются сведениями в смысле сгибания и отведения, в виду перерезки приводящих и других мышц. Но и в этих случаях опротезирование не затруднено, если больному сконструировать протез по типу протезов для вылущенного

бедра. Благодаря солидному мышечному слою, окружающему такую культю, к тому-же хорошо инервируемому, больные приучаются очень ловко владеть таким протезом. Постоянный-же массаж, которому этот мышечный массив подвержен при ходьбе, укрепляет его и нередко в процессе пользования таким протезом исчезают сведения этой культи.

Вылущение в тазобедренном суставе, если таковое произведено, протезируется так, что лишенная конечности половина таза заключается в специальный шинно-кожаный футляр, охватывающий весь таз с системой шарниров в тазобедренном и коленном суставах.

Все вышеизложенные соображения должны дать хирургу указания, какие культи следует считать с точки зрения опротезирования благоприятными и какие—нет.

Правда, часто всякие особые обстоятельства не дают хирургу возможности сообразоваться при ампутации с требованиями со стороны протеза, однако этих соображений больной всегда вправе требовать от оперирующего его. Операция должна быть так произведена, чтобы дальнейшее опротезирование могло произойти с наибольшей технической рациональностью и чтобы культя в интимной связи с протезом дала в будущем максимум косметического и функционального эффекта.

От ортопеда-механика требуется знание всех физиологических законов статики, механики и кинематики и умение перенести их в конструкцию протеза, душу которого они составляют.

Из сочетания работ этих двух лиц выигрывает больше всего третье, главное лицо—пострадавший и поврежденный человек.

К этиологии и хирургическому лечению генуинной эпилепсии.

(*Из 1-й хирургической клиники БГУ*).

В. Корчиц.

В качестве предрасполагающего момента генуинной эпилепсии признают целый ряд факторов, как напр., психопатическую наследственность, кровное родство родителей, конституциональные особенности, острые и хронические инфекции и т. д.

В основе г. э., по Ферстеру, лежит почти всегда органическое страдание головного мозга, сопровождающееся деструктивными изменениями ганглиозных клеток и нервных волокон. Приступ судорог, т. о., есть только внешнее проявление локализованного патологического процесса в мозгу.

По Гартману, в наступлении судорог при г. э. играют роль эндотоксические факторы—парэнтеральный распад белков.

По мнению Кохера и Краузе, ближайшую причину г. э. надо искать в повышении внутричерепного давления. Кохер наблюдал однажды случай повышения этого давления с 35 милл. водяного столба во время припадка до 500 милл.

По Ферстеру, в предпароксизмальном периоде и в самом начале приступа происходит спазматическое сокращение сосудов г. мозга, в дальнейшем же течении и на высоте припадка наступает резкий венозный стаз. Этот венозный застой с его перенасыщением крови углекислым газом является, по мнению многих авторов, одним из могущественнейших факторов, ведущих к купированию самого припадка.

Венозную гиперэмию со значительным пролябированием г. мозга не раз приходилось наблюдать и мне на операционном столе у больных, имевших во время наркоза припадок эпилепсии.

Причина судорог кроется, по мнению некоторых современных авторов, во внезапном спазме кровеносных сосудов г. мозга и в неизбежном его последствии—анемии мозга, происходящих вследствие гипертонуса узлов шейной части симпатической нервной системы.

Однако, чтобы ни лежало в основе г. э., по представлению многих, для проявления судорог нужен еще такой фактор, как индивидуальное предрасположение к судорогам, своего рода „эпилептическая диспозиция“, как выражается Бабицкий, в основе которой, повидимому, лежит, по Féré и Мышу, спазмофилия. Последняя обусловливается дисфункцией системы эндокринных желез.

Исходя из всего приведенного, ясно, что нельзя г. э. сводить к одной какой-нибудь причине. Для об'яснения ее надо считаться с целым рядом причин, некоторые из коих до настоящего времени совершенно не выявлены.

Этим же, очевидно, об'ясняется, почему патолого-анатомическая картина г. э. не представляет чего-нибудь постоянного, свойственного только эпилепсии.

Приступая к выбору способа лечения г. э., необходимо возможно детальнее разобраться в этиологическом моменте данного случая и в зависимости от патологического процесса, лежащего в основе страдания или наличия фактора, являющегося ближайшим виновником повышенного предрасположения к судорогам, поступать в смысле устранения процесса или соответственного воздействия на самый фактор.

В виду безрезультатности консервативного лечения г. э., за последнее время значительно возрасло число защитников оперативного вмешательства при г. э. Среди них значатся такие выдающиеся хирурги, как Краузе, Кюммель, Федоров, Дзирне, Мыш, Абражанов и др.

При наличии этиологического момента в виде дисфункции эндокринных желез, очевидно, необходимо заняться удалением или пересадкой заболевшей или отсутствующей железы. Правда, пока трансплантация некоторых желез не дала ожидаемого лечебного эффекта, напр., зобная железа, пересаженная при ее дисфункции, ни к чему не привела.

Пересаженные мной щитовидная и семенная железы одному тяжелому эпилептику с гипофункцией этих желез, никакого благотворного эффекта не произвели. Что же касается кормления эндокринными железами при г. э., или впрыскивания экстракта их, то, согласно Нордману и Гарту, это также не дает никаких положительных результатов.

Признавая интимную зависимость эндокринных желез от симпатической нервной системы, при нарушении деятельности первых, что служит в некоторых случаях причиной г. э., логично удаление оперативным путем шейной части симпатического ствола, тесно связанного с эндокринной системой.

К сожалению, на практике это не подтвердилось в полной мере. По Левшину, успех получился только в 6 проц., а по Вагнеру в Любеке, ни в одном случае.

Я произвел две двусторонние симпатэктомии у двух эпилептиков, но в обоих случаях совершенно безрезультатно, подарив больных лишь симптомом Горнера.

Исходя из органического поражения головного мозга, как причины г. э., рекомендуется Ферстером, Horsley и др. иссекать пострадавшие участки его.

Операция эта произведена уже на сотнях больных Ферстером, Кютнером, Тицем с положительным, как утверждают эти авторы, эффектом в 50 проц.

Переходя к гипотезе, что повышение внутричерепного давления, как таковое, создавая условия декарбонизации, влечет за собой припадок, а понижение давления, вызывая гиперкарбонизацию, купирует его, Кохером, Краузе, Ферстером, Кёшингом и многими другими предложена декомпрессивная операция на черепе, в предположении, что она в состоянии устранить патологическое повышение внутричерепного давления. С этой целью Кохер предложил свой так называемый „вентиль" в качестве декомпрессивной операции. Он получил, как утверждает, выздоровление в 96 проц.

Вторым типом декомпрессивной операции служит перманентный дренаж мозговых желудочков. Однако, это предложение Микулича-Краузе не получило широкого распространения из-за необходимости оставлять в черепной полости инородное тело в виде серебряной трубки.

Антоном и Браманом предложено было устранить неудобство этой операции проколом мозолистого тела в предположении, что излишек церебральной жидкости из желудочков будет отводиться через сделан-

ное отверстие в субдуральное пространство головного мозга. Однако, многочисленные наблюдения за результатами этой операции не подтвердили радужных надежд авторов. Я, по крайней мере, ни разу не получил успеха от операции Антона—Брамана.

Наконец, Кёшинг предложил производить с целью вызвать постоянное и максимальное понижение внутричерепного давления свою подвисочную расширенную кранэктомию. Пр. Мыш на 10 декомпрессивных операций по Кёшингу получил в 9 случаях излечение от эпилепсии.

Недавно пр.-д. Бабицкий опубликовал комбинацию декомпрессивной операции по Кёшингу с шейной симпатэктомией, где последняя является вспомогательным фактором, создающим, якобы, максимальную гиперкарбонизацию, вследствие гиперэмии головного мозга.

Заинтересовавшись в 1925 году оперативным лечением эпилептиков, я оперировал за истекшее время 19 больных с генуинной эпилепсией, сделав на них 21 операцию. Особенно заманчивой эта операция показалась мне по ознакомлении с работой профессора Мыша, описавшего хорошие результаты от операции расширенной кранэктомии. В двух первых же моих случаях подтвердилось патологическое значение повышения внутричерепного давления. Исчезнувшие, было, после трепанации припадки эпилепсии, с наступлением сужения дефекта черепа из-за малых размеров сделанной мной узуры, немедленно возобновились. Повторная, более широкая кранэктомия, вновь дала положительный результат, но также временный.

Оперированные мной больные распределяются по возрасту так:

8 л.—1	больной;	18 л. — 3	больных;	24 г. — 1	больной.
14 „ —1	„	20 „ — 1	„	25 „ — 1	„
15 „ —3	„	22 „ — 1	„	32 „ — 1	„
16 „ —2	„	23 „ — 1	„	34 „ — 1	„
				45 „ — 2	„

Как видно из таблицы, преобладает молодой возраст.

По полу—женщин было 2, мужчин—17.

По национальности: русских—11, узбеков—3, немцев—3, бухарских евреев—1 (2).

Дисгармоничных, инфантильных и имбецильных было 6 человек.

С кровным родством у предков — 1. Заболели эпилепсией с детства—4, позже—15.

Т. о., 7 человек имеют тяжелую этиологию в основе страдания. Это обстоятельство большой важности, наводящее на мысль о бесполезности в таких случаях оперативного вмешательства.

Прооперировав больше половины своего материала и не теряя больных из виду, я пришел к выводу, что положения Кохера и Кёшинга не оправдывают себя в достаточной степени. Несмотря на очень широкую кранэктомию в 10×8с., что безусловно должно давать громадное понижение внутричерепного давления, припадки, спустя некоторое время, возобновлялись у некоторых моих больных. В 75 проц. не получилось никакого излечения. Часть оперированных вернулась ко мне и я лично мог проследить характер и частоту рецидивов. Картина была поистине печальная. Все страдания у рецидивистов-эпилептиков были прежними.

19 случаев однородной операции достаточны, чтобы дать ей должную оценку. На мой взгляд, теории „вентиля“ Кохера и „расширенной декомпрессации“ Кёшинга требуют дальнейшей разработки. Мой опыт

во всяком случае говорит против абсолютного значения декомпрессии, последняя не всегда избавляет от припадков. Очевидно, причина г. э. не в одном повышении внутричерепного давления, а, может быть, и совсем не в нем. Этиологический момент требует еще дальнейших научных исследований.

На основании литературных данных и личных наблюдений (анамнестические данные и вид открытого мозга). Можно предположить, что в развитии г. эпилепсии играют известную роль в качестве первопричины: люэс, гипер,-гипо,—дисфункция эндокринных желез и, главным образом, спазмофилический диатез, неоднократно отмечаемый у моих больных.

Выводы.

1. Этиология г. эпилепсии пока не выяснена.
2. Одна симпатэктомия не действительна.
3. Пересадка щитовидной железы и яичка безрезультатна.
4. Иссечение патологически измененных фокусов г. мозга дает излечение, по литературным данным, в 50 проц.
5. Расширенная декомпрессация по Кёшингу у меня дала излечение без рецидива до последнего времени в 4-х случаях из 16-ти больных, притом преимущественно у взрослых. Улучшение в смысле ослабления и частоты припадков получилось у троих, никакого эффекта не получилось у девяти.
6. Комбинация Кёшинг—Симпатэктомия в тяжелом случае излечения не дала.
7. Операция декомпрессации по Кёшингу вполне безопасна и в дальнейшем не дает никаких осложнений (мозговых грыж).

Литература.

Пр. Мыш. Прокол мозолистого тела, как декомпрессивная операция. Н. Х. А. № 18 с. 253.

Пр.-д. Бабицкий. К хирургии Симпатикуса. Вмешательство при эпилепсии. Н. Х. А. № 29 с. 17.

Пр. Мыш. Операции Hörsley. В. Х Т. VIII, кн. 24.

Пр. Разумовский. Новейшие данные по черепной хирургии. Р. х. 13 хс с. 62.

Гербачевский. А. Ф. Хирургическое лечение травмат. эпилепсии В.Х. т. IV. Кн. 12.

Wegner. Les opérations šur le Sumpati que dans épilepsie. Revue de ch. Г. xx VI p. 53.

Пр. Левшин. Об эпилепсии Рх. хб с, 10 в

Bier, Brauh, Kümmel, Chirurgische Operationsbhre B II s. 358.

Пр. Кохер. Учение о хирург. операциях Т. I с. 262.

Пр. Штрюмпель. Учебн. частн. патологии Т. II с. 717.

Пр. Даркшевич. Курс нервн. белезн. с. 838.

Пр. Периц. Введение в клинику внутр. секр. с. 135

Garré, Küttner Lexer. Handbuch der Praktisch ch. B I. s. 358.

Пр. Титов. Частная хирургия. Т. I с. 93.

Казуистика (кратко).

1. Сан. Давид, 15 л., бухарский еврей, ученик. Болен 1 1/2—2 г. Припадки по несколько в ночь в вполне выраженной форме. Матери 42 года, отцу 50. Они ближайшие родственники. Их дед и бабка—дети одного отца и разных матерей. Астеник. Правильного сложения. Терапевтич. лечение не помогло 15-X—1925 г. Операции по Кёшингу. Припадки исчезли.

2. Он же 27-XI 1925 г. первый рецидив, но в легкой форме. Дефект после операции закрылся. 10-X/II—25. Повторная операция по Кёшингу (в 6×8с.). До 26-III 1926 г. был здоров. С этого времени рецидив.

3. Лоз. Иван 16 л., русский. Болен очень тяжелой формой э. Началось с „младенческого". В месяц бывает до 12 припадков (ночью). Малого роста, инфальтильн. Дисгармональный в половом отношении. Волосатый человек, отсутствие болевой чувствительности. Наследств. благополучна 21-XI 1925. Оп. по Кёшингу (4×8с.), припадки не прекратились 10-XII 1925. Пересадка щитовидной железы безрезультатна.

30-XII 1925 г. пересадка яичка (эктопического) по Воронову. Безрезультатно.

4. Он же. 15-XII 1925 г. Повторная операция по Кёшингу, вследствие исчезновения дефекта. Припадки продолжаются.

5. Кос. Виктор 14 л., русский. Резко выраженная э. с прогрессирующим упадком интеллекта. Болен с 5 лет после первой гемиплегии, которая постепенно исчезла. Припадки по несколько раз в сутки. Астеник, прав. сложен. Половые органы недоразвиты. Отец болел люэсом.

25-I 1926 г. Операция по Кёшингу. Трепанация слева в виду бывшего здесь кровоизлияния. Улучшения нет.

6. Рыж. Иван 18 л., русский. Типичная эп. 4 года. Началась эп. после укуса собаки. Астеник прав. сложения, щитов. железа увеличена. Интеллект ослаблен. Наследств. благополучная 26-XII 1925 г. Операция по Кёшингу (6×5с.). Мозг пролябирует во время операции. Вены резко вздуты.

Улучшения нет.

7. Мад. Исаков 20 л., узбек. Тяжелая э. 5 лет, припадки 2-3 в неделю. Имбецильный. Физическ. норма. 2-XII–25 г. Операция по Кёшингу (6×8с.) В течение 20 дней хорошо себя чувствует, с 22-XII прежнее состояние.

8. Вас. Константин 18 лет, русский. Тяжелейшая э., болен 6 лет. Астеник. Полов. органы Norma. Гонорея. Отец потатор. 9-XII--25 г. операция по Кёшингу (6×8с.).

Через месяц прежнее состояние.

9. Он же. Обоесторонняя симпатэктомия 6-II–26 г.

10-II–26 г. буйный психоз паранои, бросается на всех женщин, показывает половые органы. Улучшения не получилось, эпилепсия продолжается.

10. Риф. Роберт 15 лет, немец. Очень тяжелая э. Болен с грудного возраста, по 6–10 припадков в сутки. Малого роста. Прав. слож. Пикник. Наследств. благополучная 22-XII–25 г. Операция по Кёшингу (6×8с.). Мозг пролябирует во время операции.

Без улучшения.

11. Эк. Василий 8 л., немец. Дефективный тип, болен с 2-х лет очень тяжелой э. Припадки по 10—12 в ночь. Малого роста, голова непомерно велика. Наследственность благополучная.

19-I—26 г. Операция по Кёшингу. Через месяц возврат э., правда, в более легкой форме.

12. Нос. Василий, 45 л., русский, живописец, женатый. Имеет 2-х здоровых детей. Правильн. сложения. Астеник. Припадки 2 раза в месяц, типично выраженные. Наследств. благопол. 19-V—26 г. операция по Кёшингу.

Вполне здоров.

13. Зол. Анастасия 24 л., русская, девица, неработоспособна из-за эпилепсии, мать болела люэсом. братья здоровы больна с детства. Лечилась специфически, безрезультатно. Астеничка, прав. слож. 20-I—26 г. Операция по Кёшингу.

Совершенно выздоровела.

14. Шр. Борис 45л., немец, конторщик. Болен выраженной э. 9 лет после падения на левую височную кость. Лечился всем. Наследств. благополучн. Пикник, прав. сложен.

27-II–26 г. Операция по Кёшингу слева.

Здоров.

15. Дер. Анастасия 22 л., русская, девица. Типичная тяжелая эпил. Отец потатор. Больна с детства, пикничка, прав. сложения.

27-III—26 г. симпатэктомия с обоих сторон тел.

Возврат прежней э.

16. Мих. Иван 32 л., русский, женат. Тяжелая э. 2-3 раза в месяц. Болен 3 г. В анамнезе тяжелые переживания. Имеет 2 детей. Астеник, прав. сложен.

28-VIII–26 г. операция по Кёшингу. Мозг пролябировал во время операции. До весны 27 года здоров, теперь опять страдает э.

17. Ибраг. Абдулла 23 г., узбек. Болен 6 л. Припадки по 2-3 в ночь. Наследств. благопол. Умств. способн. норма. Астеник. Прав. слож., полов. органы N. 23-XI—26 г. Операция по Кёшингу.

Здоров.

18. Ерм. Иван. 34 л., русский, болен 17 лет. В день до 15 припадков. Наследств. благопол. Акромегаличен. С подавленной психикой.

18-X—26 г. Операция по Кёшингу.

Спустя 3 месяца рецидив.

19. Абд. Туркул 25 л., узбек. Болен с детства тяжелой эпилепсией. Наследственность не выяснена. Астеник 15-X—26 г. операция по Кёшингу. Через несколько месяцев рецидив.

К вопросу о ведении последового периода и ручном отделении последа.

(Из акушерско-гинекологической клиники Белорусского Государственного Университета. Директор—проф. М. Л. Выдрин).

Г. А. Кроль.

Первый, кто основательно знакомит нас с вопросом о последовом периоде, был Baudeloque в начале прошлого столетия. Он первый обратил внимание на то, что происходит в матке в последовом периоде, и он уже разграничивал между понятиями отделения и изгнания последа. Но основу в изучении этого отдела акушерства и как с теоретической, так и с практической точки зрения заложили два выдающихся ученых Credé и Ahlfeld, и им наука обязана тем, что с тех пор внесена ясность в этот вопрос. Целый ряд других авторов, число которых очень велико, принимали участие в разработке этого вопроса, и являются отчасти учениками, отчасти сторонниками или противниками одного или другого из названных только что 2-х ученых.

Старые акушеры интересовались вопросом, когда происходит отделение последа. По мнению разных авторов отделение последа происходит очень скоро после рождения плода, при чем оно происходит не постепенно, а сразу в один прием. Lemser при исследовании 168 случаев в 120 нашел послед в маточном зеве сейчас же после рождения младенца; в 21 случае послед там был через 21 секунду после рождения плода и только в 4-х случаях после наступления первой послеродовой схватки. Schröder-Stratz при исследовании 120 случаев сейчас же после рождения ребенка только в 4-х случах нашел послед еще прикрепленным. Ahlfeld утверждает, что отделение начинается сейчас же после рождения головки, самое позжее после рождения пупочного кольца. Holzapfel придерживается того мнения, что на отделение последа имеет влияние то обстоятельство, будет-ли самостоятельно рождаться туловище или таковое будет извлечено. В последнем случае послед остается еще прикрепленным после рождения ребенка, а в первом—схваткой, выталкивающей плечики отделяется одновременно и послед. Stöckel на основании работы своего ассистента Trommolt'a не мог подтвердить только что приведенное мнение. Он полагает, что во время последней родовой схватки, resp. потуги самое большее это происходит частичное отделение последа; полное и окончательное отделение происходит только в последовом периоде.

Не менее занимал ученых вопрос о том, как отделяется послед. Baudeloque установил 3 вида отделения последа: 1) Первичное отделение середины плаценты, каковой частью послед при изгнании выходит наружу. 2) Первичное отделение верхнего края, который потом первый и появляется и 3) Первичное отделение нижнего края последа. Schulze установил, что первый и второй виды отделений встречаются чаще 3-го вида. Duncan обнаружил, что нижний край опускается во

влагалище без того, чтоб плацента выворачивалась через разрыв оболочки. Werth и Gessner того мнения, что в полости матки плацента отделяется по типу Duncan'a, во влагалище же он принимает тип Schulze.

В последнее время Weibel и Warnekross рентгеноскопически старались установить форму отделения. Weibel нашел, что первичное отделение может происходить на верхнем или нижнем краях, также и посредине, но и вся поверхность может сразу отделиться. Независимо от того, как послед отделяется—он краем опускается вниз и вдоль стенки матки. Warnekross нашел, что отделение чаще всего происходит по Duncan'y и только во влагалище переходит из типа Duncan'a в тип Schulze. Все вышеизложенное говорит за то, что в сущности способ отделения еще точно установить не удалось и, во всяком случае по тому, как послед выходит из влагалища, нельзя, ни в коем случае, судить о способе его отделения.

Что касается признаков отделения последа, то теперь принято их делить на такие, которые исходят со стороны матки, со стороны пуповины и со стороны самого последа. К первым относятся: изменение положения матки до и после отделения последа, изменение формы матки (она становится узкой, плоской и с резкими краями) появление видимого контракционного кольца поверх лежащей плаценты (признак Schröder'a) и, наконец, легкая подвижность матки.

Ко вторым относятся признак Альфельда—удлинение торчащего из вульвы куска пуповины, вследствие опускания плаценты при отделении; признак Кюстнера—продвижение пуповины во влагалище при надавливании рукой поверх лонного сочленения тогда, когда послед еще не отделился, и отсутствие этого признака тогда, когда он отделился; признак Штрассмана—появление в пуповине до известной степени пульсации, вернее сказать, ритмических колебаний при похлопывании на дно матки, когда послед еще не отделился; и, наконец, признак Hochenbichler'a—поворот пуповины вокруг своей оси при отделении последа и опускании его во влагалище.

Со стороны плаценты имеются, главным образом признаки Calman'a и Mikulicz-Radecki: появление у роженицы ощущения давления на прямую кишку при появлении плаценты во влагалище.

Что касается того, насколько эти признаки одобряются и применяются отдельными клиниками, то в этом отношении представляет интерес таблица, приведенная Stöckel'ем, составленная им на основании опроса 73 клиник. Я эту таблицу привожу в сокращенном виде:

Таблица № 1

	+	++	—	Не упоминается
Изменение положения матки	21	24	—	28
„ формы матки .	28	18	—	27
Шредер	5	2	1	66
Кюстнер	18	16	1	38
Альфельд	32	8	2	40
Кальман и Микулич-Радецкий	13	2	1	—
Штрассман	13	3	3	—

В этой таблице одним плюсом обозначена оценка клиники, в смысле применяемости, вообще, двумя плюсами, как особенно надежные признаки и минусом как ненадежные. При чем интересно отметить, что клиника Döderlein'a высказалась двумя плюсами только за

один признак—Альфельда, клиника Bumm'a ни за один признак не высказалась двумя плюсами, а клиника Sellheim'a двумя плюсами за два признака—изменение положения и формы матки. Таким образом, мы видим, что из всех признаков абсолютно верным ни один признать нельзя и при установлении отделения последа следует пользоваться несколькими признаками одновременно. Вопрос об определении точных признаков отделения последа тесно связан с вопросом о ведении последового периода. Таковой имеет свою историю. Во времена Baudeloqu'a считалось важным терапевтическим приемом удалять послед после установления посредством исследования per vaginam его отделения; это приблизительно через 5-10 минут после рождения младенца. В 1853 году Credé предложил свой прием. Ошибочность точки зрения Credé заключалась в том, что он совершенно, как выражается Stöckel, потерял респект перед природой. Он считал, что отсутствие активности со стороны матки в смысле немедленного изгнания последа вслед за ребенком надо заменить соответствующими мероприятиями, чтоб активность ее поднять. Вскоре обнаружились результаты от применения приема Credé, а именно, что слишком часто стало кровоточить, вследствие оставления в матке кусков последа и оболочек. Credé, который считал, что в последовом периоде совершенно не должна выделяться кровь, и думал добиться этого своим приемом привел как раз к обратным результатам. Однако, преимущество приема Credé надлежит усмотреть в том, что с его времен потягивание за пуповину было выведено из употребления, а также была исключена надобность вхождения в матку рукой. Следующим этапом надо считать время появления диаметрально противоположной точки зрения на этот вопрос, которой держался ученик Credé Альфельд, который кликнул клич: „руки прочь от матки". Credé требовал наибольшей активности, Альфельд наибольшей пассивности, считаясь с биологическим процессом во время отделения последа. Однако, вскоре обнаружилось, что плацента в большинстве случаев, хотя изгоняется из активно сокращающегося тела матки в проходную трубку, но в последней может оставаться часами, даже днями, чтоб затем выйти при случайном напряжении брюшного пресса или при искусственном содействии. Далее убедились, что при выжидательном методе потеря крови несомненно больше, чем при активных способах. Впоследствии Schauta так формулировал положение о 2-х противоположных точках зрения: в то время, как при приеме Credé слишком часто кровоточит, при приеме Альфельда слишком сильно кровоточит. Сам Альфельд вскоре установил, что ожидать следует 2-1 час. Но и это предписание слишком схематично. И теперь еще имеет место борьба 2-х точек зрения, и как сторонники одной, так и сторонники другой представляют большие статистические данные, подтверждающие правильность их поступков. Но дело вовсе не в том, чтоб стремиться все вкладывать в определенную систему, и Stöckel справедливо отмечает, что установить срок выжатия последа нельзя. Вовсе дело не в том через сколько времени после рождения ребенка выделить послед, а дело, собственно, главным образом, в том, чтобы выжать послед тогда, когда он уже отделился и опустился во влагалище. Этого можно достигнуть тогда, когда на-лицо имеется несколько из вышеприведенных признаков отделения. Но и тут нельзя подходить чисто академически: ждать выжатием последа до появления полных признаков отделения. Руководящей нитью в этом вопросе все же является кровотечение. И нельзя ограничиваться только установлением наружного кровотечения, нужно следить также за внутриматочным кровотечением.

Какое же количество крови можно считать нормальной потерей и какое патологической? Bumm считает, что потеря крови выше 500 грамм надо считать патологической, Ahlfeld и Kermauner считают нормальным потерю крови до 400 грамм. Что касается смертельной дозы потери крови, то Kermauner ститает ее в 1000 грамм. Hammerschlag нашел во время войны и в послевоенный период количество потери, которую женщина в состоянии перенести равным 800 грамм. Однако Liegner мог установить потерю в 2000-2500, при которой больные остались живы. Gestland имел случаи потери крови в 3000 и даже в 3400 грамм, оставшиеся в живых. Гоффман из Гамбургской клиники имел 2 случая, когда пациентки погибли после потери крови в 1000 и 1900 грамм, и, наоборот, 1 случай с потерей крови с 2500 грамм, когда пациентка осталась живой. Очевидно играет роль не только количество теряемой крови, но и общее состояние организма. Что касается насколько часто случается патологическая потеря крови, то по Hasselberg'у количество в 500 грамм приходится на 5 проц. всех родов, по Zangenmeister'у только в 5,3 проц. случаев родов бывает потеря крови больше, чем в 500 грамм, а по Ahlfeld'y и Kermauner'y патологическое кровотечение, считая таковым потерю крови больше 400 грамм, равно 10 проц. Но как не интересны только что приведенные данные, мы не всегда, вернее большей частью, не в состоянии установить количество теряемой крови. Предложен целый ряд способов для определения насколько можно считать имеющееся наружное кровотечение предвещающим допустимые границы. Как особенно простой можно рекомендовать способ Fritsch'a. Чтобы установить внутреннее кровотечение необходимо следить за пульсом и, главным образом, за дном матки. Если матка широкая и подымается вверх, оставаясь большой и дряблой, то это свидетельствует о внутреннем кровотечении. В таких случаях важно не ограничиваться только контролем пульса, ибо не всегда пульс идет параллельно с кровотечением. Часто пульс держится еще на 80-90, а крови уже очень много потеряно. Нужно также помнить, что проверка матки должна производиться нежными и легкими движениями. И тут-то нужно иметь, как выражаются некоторые авторы, легкую руку, чтоб уметь легко касаться матки и в то же время ориентироваться насчет ее состояния. Ибо слишком грубое и даже неосторожное касание матки может вызвать с ее стороны нарушение ритмической деятельности ее, что в свою очередь нарушит правильное отделение последа.

Важное значение для правильного течения последового периода имеет профилактика. Одним из важных профилактических мероприятий это избегать всяких ненужных вмешательств перед последовым периодом. „Хочешь иметь хороший последовый период, думай об этом в родовом периоде". Но нужно отличать случаи, где мы с самого начала можем ожидать отклонений от нормы в последовом периоде от случаев, где такого отклонения ожидать нельзя. К первым относятся случаи с осложнениями в родовом периоде, которые располагают к кровотечениям в последовом периоде: чрезмерное растяжение матки, бурная родовая деятельность в периоде изгнания, первичная слабость потуг, быстрое освобождение полости матки, далее большое количество предшествовавших родов, очень молодой или очень старый возраст первородящих и, наконец, привычное кровотечение в последовом периоде. Во всех этих случаях многие авторы рекомендуют впрыскивать препараты из вытяжки Hypophys'a в периоде изгнания и, главным образом, во время прорезывания головки. Sachs впрыскивает внутривенно при прорезывании головки 1-2 грамма pituglandol'a

и по его мнению последовый период протекает нормально, хотя при предыдущих 3-4-х родах понадобилось ручное отделение последа. Также в случаях, где применялись операции по поводу ослабления потуг, он профилактически вспрыскивает pituglandol.

Однако мнения на этот счет расходятся: Stein-Ewersmann указывает на то, что применение pituitrin'а в периоде изгнания дает в последовом периоде неприятное осложнение в смысле ущемления и т. д. Stöckel, однако, говорит, что он спазма внутреннего зева после внутримышечного вспрыскивания никогда не видел. В этом смысле и высказываются Sigwart, Sieber, Saul-Leides.

Лихтенштейн предложил свой профилактический метод ведения последового периода при помощи так называемого Hochsitz. Он исходит из того, что тот способ ведения последового периода надо считать правильным, который наибольшим образом держит матку в уменьшенном виде. Это можно достигнуть, по его мнению, следующим образом: сейчас же после рождения ребенка, родильницу катетеризируют, затем придают больной полусидячее положение, при чем она сгибает ноги в коленном и бедренных суставах, прижимая туловище к ногам, и роженица обхватывает руками колени. В таком положении она остается до появления признаков отделения последа.

Во время самого последового периода следует избегать всяких вмешательств и первое место отвести самой природе. Тут опять вспомним про те противоположные точки зрения Credé и Ahlfeld'а, о которых мы упоминали раньше. Ведь и Credé своим способом моментального изгнания последа вслед за рождением ребенка думал творить профилактику. Credé своей профилактикой думал предупредить возможность какого бы то ни было кровотечения в последовом периоде. Но из положения избегать всяких вмешательств во время последового периода не следует положение Ahlfeld'а, как он его рекомендует в первоначальном виде. Как результат особого механизма, на подробностях которого я здесь не останавливаюсь, послед отделяется от стенки матки и соскальзывает в проходную трубку. Так как здесь послед может оставаться очень долго, не выходя наружу, то установив несколько из вышеназванных признаков его отделения и опускания в проходную трубку, предлагают больной потужиться; если это не ведет к цели, то прибегают к способу Boer'а: захватывают брюшную стенку по средней линии вместе с m. m. recti в продольную складку и предлагают больной тужиться. Этим способом увеличивают внутрибрюшное давление ослабленное, вледствие растяжения брюшной стенки.

Далее пользуются способом Schauta—выжимают послед посредством давления на пустое сокращенное тело матки—или способом Schröder'а—вводят руку между телом матки и нижним маточным сегментом на месте контракционного кольца и выжимают послед.

Единственным показанием к применению этих приемов служит задержка дольше определенного срока в проходной трубке отделившегося и вышедшего из полости матки последа. Срок большинством авторов установлен в полчаса. Другое дело, если появляются признаки наружного или внутренного кровотечения. Тут мы не должны, конечно, ждать признаков отделения последа и только тогда вмешаться, а должны раньше стать активными. Но нужно действовать, как выражается Ziepmann спокойно и дельно. И вот, когда на-лицо кровотечение и мы уверены в том, что оно связано с тем, что послед еще не удален из матки, мы прибегаем к способу Credé. Так как прием

этот, несмотря на его общеизвестность, очень часто не правильно проделывается, то я позволю себе изложить его технику так, как его рекомендовал сам Credé: обхватить дно матки растопыренными пальцами и если нужно, то даже обоими руками, ждать появления третьей искусственно вызванной схватки, придать при этом матке положение anteversio-frexio, чтоб лучше ее захватить, а потом при выдавливании придать положение retroversio.

Müller рекомендует в случае неудачи приема Credé следующее изменение приема: сжатье матку между большим и остальными пальцами со стороны углов—мест прикрепления труб, а затем уже применять обычный прием Credé. В случае неудачи нужно по очереди повторять приемы Müller'а и Credé. Затруднение часто возникает тогда, когда не удается матку обхватить снаружи, что бывает когда брюшная стенка очень толста или когда матка при повторном неудачном применении приема Credé сдавливается так глубоко в полость таза, что дно матки проникает позади промонториума, а влагалищная часть показывается в половой щели. В этих случаях надо сначала выпрямить матку. В случаях неудачи приема Credé рекомендуется тот же способ под наркозом.

Как ни хорош прием Credé в том смысле, что он является наружным приемом, ему все же инкриминируется целый ряд осложнений: благодаря этому приему нарушается правильный механизм отделения, который влечет за собой атонию и кровотечение; прием является причиной оставления кусков последа и оболочек с последующим повышением температуры и поздним кровотечением. По мнению Traagot'a прием Credé плохо переносится женщинами, перенесшими воспаление почек. По утверждению Sieber'a прием Credé плохо переносится при заболеваниях сердца и при stat. thymico Lymphaticus. Во всех этих случаях имеет место шок, после более или менее энергичного применения приема Credé, выражающемся в появлении тошноты даже рвоты, побледнения, потемнения в глазах, ослабления пульса, холодного пота, похолодании конечностей, поверхностного дыхания, сильного беспокойства, даже общей прострации при слабо реагирующих пупилах. Хотя больные могут вскоре притти в себя, но если повторить прием Credé это может повести даже к раздражению центра, задерживающего работу сердца и к полной остановке его. Этим можно об'яснить наступающую смерть, явившуюся как будто, вследствие потери крови и при явлениях таковой, хотя фактически больная потеряла очень мало крови. Вот почему Sieber высказывается, что прием Credé должен быть ограничен в применении.

В 1914 году американский врач Gabaston предложил свой способ. Насчет этого способа мнения имеются разные, однако, все высказываются в том смысле, что способ этот может быть применен тогда, когда имеется для этого достаточно времени, т. е. когда нет сильного кровотечения. В случаях же потери крови тратить на него дорогого времени не следует и нужно прибегать к более верным средствам, одним из которых является прием Credé. В случае же отказа последнего приходится прибегнуть к самому верному, но вместе с тем и самому опасному ручному отделению последа.

Поскольку это вмешательство связано с введением руки в полость матки, а следовательно с внесением инфекции—оно есть операция рискованная по своим последствиям. И мы встречаемся с различными точками зрения насчет этой операции, подчас диаметрально противоположными. В то время, как одни авторы, как Olshausen, Winter

считают это самой опасной операцией и по статистике Rosenthal'я Bauer'a и Hegar'a смертность равняется при ней 11-13 проц., по статистике других авторов, напр. Улинского, Baum'a, Stecker'a, Borell'a и Adler Kraus'a она равняется 0 проц. Процент же лихорадящих у всех авторов велик. По Розенталю она равняется 67 проц., по Traugott'y около 66 проц., по Borel'ю 60 проц., Улинскому 27 проц., Baum'y 34,7 проц., а между тем эта операция является не редко тем единственным мероприятием, которым можно спасти жизнь роженицы. (Сахаров). И теперь раздается все больше голосов за то, чтоб не относиться к ручному отделению последа, как ultimum refugium, а нужно пораньше и почаще применять.

Strassmann говорит, что не следует очень долго ждать с отделением последа в случаях с кровотечением, так как с большой потерей крови повышается и опасность инфекции. Решает при этом не только одна бактериология, но главным образом, сколько крови было потеряно до этого и он находит, что лучше три раза чаще войти в матку, чем один раз прозевать. Трудно в сущности судить о результатах ручных отделений последа, так как имеющиеся статистики не совсем точны и неравноценны по тем данным, которыми они руководствуются. Главное, трудно получить правильное представление о степени, так называемого прирощения последа. Ведь совершенно не безразлично с какими случаями мы имеем дело: с такими, когда рука близко соприкасается со стенками матки, что бывает тогда, когда на лицо частичное или полное прирощение последа или с такими случаями, когда плацента мало или совсем не соприкасается со стенкой матки, а лежит совершенно отделившись в ее полости.

Насколько сведения о действительном приращении или неприращении последа разноречивы, можно судить по следующим данным. Döderlein сообщает о 31 случае отделения последа, Frankel о 53-х, Kehrer о 98, Riessmann о 106 случаях: и у всех этих авторов в 100 проц. было прирощение последа. В то же время не менее авторитетные клиники, как Ellenrock сообщает о 57 случаях, Essen-Müller 62-х, Försner о 189, Köstlin о 261 случае, и во всех этих клиниках ни одного прирощения не установлено. Как видно, на основании ощущения трудно установить в точности в каждом отдельном случае с чем имеем дело.

Частота ручного отделения последа также различно отмечается разными клиниками: у Döderlein'a процент равен 0,09, у Frahz'a 0,4, у Halban'a 1,2, у Opitz'a 1,6, у Zangeumeister'a 1,9. После оперативного вмешательства процент отделения последа значительно больший, чем после самостоятельных родов. По Hermann'y из клиники Кюстнера после самостоятельных родов процент равен 0,6, после же операции равен 3,5 проц. По Zangenmeister'y 25 проц. всех ручных отделений последов следует после операций. По его же данным 72 проц. ручных отделений приходится на повторнородящих. Такая же статистика и у Сахарова.

Перехожу к разбору случаев ручного отделения последа, имевших место в нашей клинике за 2 года с лишним ее существования. На 1678 родов, бывших за истекший период, пришлось 34 ручных отделения, т. е. 2,02%. По возрасту и числу беременностей все случаи распределены так:

По возрасту: 20-25 л.—8, 26-30 л.—9, 31-35 л.—7, 36-40 л.—7, не указанных 3. Из них первородящих 13 (38,2%), повторнородящих 21 (61,8%).

Причины, побудившие произвести операцию, были:

1. Задержка последа без кровотечений в 4-х случаях;
2. Кровотечение в послеродовом периоде в 30 случаях.

По времени, протекшему с момента рождения плода до вмешательства, случаи распределяются так:

Тут же после рождения плода в 3-х случаях; до получаса в 4-х случаях; до 2-х часов в 12-ти случаях; до 4-х часов в 4-х случаях; больше 4-х часов, в отдельных случаях на вторые сутки и даже через двое суток в 11 случаях.

В смысле прирощения получились следующие данные: прирощение отмечено в 17 случаях, т. е. в 50 проц., при чем в 3-х случах отмечено полное прирощение. Самое важное, что нас интересует это результаты после ручного отделения последа, чтобы иметь возможность дать оценку опасности этой операции. Как я уже говорил, сведения, имеющиеся на этот счет в литературе, довольно разноречивы. Об'ясняется это, главным образом, теми трудностями, на которые наталкивается попытка установить вообще классификацию лихорадочных послеродовых заболеваний, и до сих пор однообразной классификации послеродовых заболеваний не существует. Каждая клиника при оценке своего материала кладет в основу совершенно различные моменты. Уже по поводу температуры нет единства мнений: в то время как одни повышения температуры в 37,5 уже относят к лихорадящим послеродовым заболеваниям, другие же однократные повышения даже в 38,5 не считают осложнением, связанным с родовым актом, если нет на-лицо явных признаков инфекций. Совершенно не безразлично было ли до ручного отделения какое-небудь вмешательство, а следовательно могла ли быть внесена инфекция еще до ручного отделения или нет. Очень важно было бы учесть количество крови, теряемой в каждом отдельном случае; важно, конечно, имела ли место инфекция до ручного отделения.

При разборе нашего материала, я выделил случаи, родившие дома и у которых послед был выделен в клинике. Далее, я выделил все случаи, у которых ручному отделению последа предшествовали операции и, наконец, случаи, у которых были совершенно самостоятельные роды и единственным вмешательством было ручное отделение последа. Первых было 6 случаев, вторых тоже 6 случаев и, наконец третьих 22 случая. В каждой из названных групп я выделил случаи с повышением температуры, у которых были ясные симптомы после родового процесса и случаи с повышенной температурой без ясных симптомов какого либо послеродового процесса. Критерием для повышенной температуры я считал повышение таковой—хотя бы однократно выше 37,6.

Таблица № 2.

	Общ. колич	Лихор. без ясн. симпт. послерод. процесса	%%	Лихорад. с ясн. симпт. послеродов. процесса	%%
Ручное отделение последа в клинике после родов на дому . .	6	4	66,6	2	—
Р. О. П. после оперативного вмешательства в клинике . . .	6	4	66.1	1	—
Р. О. П. после нормальных родов в клинике	22	7	31,8	—	—
Итого . . .	34	15	44	3	8,8

Далее я разбил все число больных на группы по состоянию их при выписке, при чем я выделил в отдельную группу таких, которых я считал выписавшимися совершенно здоровыми, таких, которых я считал выписавшимися в удовлетворительном состоянии и таких, которых я считал сомнительными, затем оставшихся больными на продолжительное время и наконец, умерших.

Таблица № 3.

	Общ. кол.	Сов. вызд.	%%	Выпис. в удовл. состоянии.	%%	Сомнит.	%%	Ост. больн. на прод. вр.	%	Умер.
Р. О. П. в клинике после родов на дому . . .	6	2	—	—	—	2	—	—	—	1
Р. О. П. после операции в клинике	6	2	—	1	—	2	—	1	—	—
Р. О. П. после нормальных родов в клинике .	22	16	—	5	—	1	—	—	—	—
Итого .	34	20	58.8	6	17.6	5	14,7	2	5,5	1

Критерием для совершенно здоровых я считал 3-х дневную нормальную температуру перед выпиской при нормальном пульсе и хорошо сократившейся матке, для выписавшихся в удовлетворительном состоянии нормальную температуру в течение менее 3-х дней при хорошем пульсе и хорошо сократившейся матке. В рубрику сомнительных я внес те случаи, у которых при выписке и в последние дни была температура повышена, но не выше 37-37,2. Эти больные выписались по своему желанию. В рубрику „больные на продолжительное время“ внесены случаи, которые пролежали в клинике продолжительное время и у которых были симптомы какого нибудь заболевания со стороны половой сферы. Их было 2 случая. Один с параметритом, а другой с эндометритом. Наконец, в графу „умерших“ попал один случай.

На последних 3-х случаях я позволю себе остановиться более подробно и изложить вкратце их истории болезни.

Больная К. Я., 30 лет, поступила в клинику 28-X в 4 часа утра. Седьмые роды. При третьих и шестых родах было ручное отделение последа. Последние роды (6-ые) 2 года тому назад. Ручное отделение было тогда произведено на дому врачом.

27-X-в 9 час. утра родила на дому. Быстрые роды. Так как послед не выходил, была приглашена акушерка, которая пыталась произвести отделение последа, но не удачно. По доставлении в клинику—ручное отделение последа. Температура с первого дня высокая и держалась все время, пролежала 14 дней и в тяжелом состоянии была забрана мужем домой. Получены сведения о ее смерти.

Больная Е. З., 24-х лет. Вторые роды. Родила дома за 2 дня до поступления в клинику. Принимала бабка. В клинике ручное отделение последа. Послеродовой период осложнился параметритом, тянувшимся несколько месяцев.

Больная С. П., 37 лет, 4-ая беременность. 3-ьи роды. Поступила 3-V в 3 часа дня. На следующий день при температуре 38 и пульсе

110 и явлениях эндометрита произведена craniotomia. Через 3 час. 30 мин. ручное отделение последа. Больная пролежала в клинике около 3-х недель с явлениями эндометрита.

Таким образом мы видим, что в первом случае была внесена инфекция в матку неопытной рукой еще до прибытия больной в клинику и этот случай нельзя ни в коем случае ставить в одну рубрику с остальными, даже с теми, у которых было оперативное вмешательство. И мы процент смертности на основании только что изложенного редуцируем на 0 проц.

Во втором случае при осложнении параметритом больная была доставлена через 2 дня после рождения ребенка. Роды принимала бабка дома. Стало быть и здесь, по всей вероятности, были погрешности против асептики. Кроме того, здесь имело значение продолжительное пребывание последа в матке. Наконец, в третьем случае мы имеем эндометрит еще sub partu.

Разобрав таким образом все наши случаи мы видим, что смертность при ручном отделении в нашей клинике равнялась за истекший период нулю. Температурили преимущественно те случаи, которые родили дома и послед был отделен в клинике или те случаи, у которых до отделения последа была произведена какая нибудь операция. Наименьший процент температурящих пал на случаи, у которых роды были самостоятельные в клинике.

В смысле исхода мы имеем 76,4 проц. с благополучным исходом, 14,7 проц. с исходом нам неизвестными и 5,5 проц. заболеваемости.

По отношению к отдельным группам лихорадящих, мы имеем 66 проц. лихорадящих у оперированных и у родивших на дому, 31,7 проц. у больных с нормальными родами.

Сравнивая количество лихорадящих каждой группы с количеством лихорадящих соответствующих категорий родильниц без ручного отделения последа мы имеем:

% лихор. оп. больн. без ручного отделения.	% лихор. оперир. больн. с ручным отдел.	% лихорад. самост. родивших без ручн. отд.	% лихорад. самост. родивших с ручн. отд.
27,9	66,6	15,20	31,8

Таким образом, мы видим, что количество лихорадящих при ручном отделении в 2 раза больше, чем при оперативном вмешательстве и в полтора-два раза больше, чем при нормальных родах.

На основании всего вышеизложенного прихожу к следующим выводам:

1. В послеродовом периоде главная наша задача заключается в том, чтобы все время наблюдать за его течением и правильным отделением последа, не нарушая правильного ритма маточной мышцы.

2. При обнаружении нескольких признаков отделения последа, надо постараться освободить роженицу от последа.

3. При обнаружении кровотечения внутреннего или наружного превышающего норму, надо немедленно приступить к освобождению матки от последа, прибегая в первую очередь к приему Credé.

Нужно помнить, что у больных почками, сердцем и при status thymico lymphaticus, прием Credé должен быть произведен осторожно.

Когда приемом Credé не удается достигнуть цели, надлежит приступить к ручному отделению, не тратя много времени на испробование других приемов.

Ручное отделение последа является безусловно серьезным вмешательством, так как процент лихорадящих при нем значительно больше, чем при других операциях и чем при самостоятельных родах. Но все же эта операция по своим последствиям не настолько серьезна, чтоб нужно было рисковать большой потерей крови у больной и тем самым уменьшить сопротивляемость организма к могущей быть внесенной инфекции при этом вмешательстве.

Литература.

Stöckel. Pathalogie u Therapie der Nachgeburstblutungen.
Bumm. Grundriss zum Studium d. Geburtshulfe.
Schauta Fr. Lehrbuch der Geburtshiefe Русск. перевод 1909 г.
Kermauner Die Ursachen d. Nach Geburtsblutungen.
Lichtenstein. Neue Prophylaxe in der Nachgeburtsperiode.
Burger Zentralbllatt d. gynäkologie 1925 г.
Сахаров. Труды VI с‘езда гинекол. и акушеров.

Из редкой казуистики глазного кабинета Ц. Р. А. гор. Минска.

(Из Центральной Рабочей Амбулатории гор. Минска, главный врач—д-р Л. Я. Ситерман)

М. А. Дворжец.

Прием в глазном кабинете Центральной Рабочей Амбулатории по количеству принимаемых первичных больных стоит, пожалуй, на первом месте среди приемов в других кабинетах.

Но в смысле казуистического интереса мы, глазники (мне кажется), тянемся в хвосте, несмотря на количественно огромный материал. Это об'ясняется тем, что больные, обращающиеся в амбулаторию, состоят из следующих категорий: 1) наружных заболеваний, как, например, блефариты, катарры слизистой оболочки, поверхностные кератиты и др., 2) аномалии рефракции, 3) редко более тяжелые заболевания, как, например, иридо-циклиты, глаукома, катаракта, 4) несчастные случаи на производстве и 5) огромный контингент здоровых, желающих получить отпуск „по болезни". И вот, если здесь попадается какой-нибудь редкий случай, то он особенно выпукло вырисовывается и, естественно, особенно сильно приковывает наше внимание.

Довольно большой процент этих казуистических случаев, нуждающихся в стационарном лечении, направляются в глазную клинику БГУ и описаны в работах клиники, как, например: „Chalkosis глазного яблока" (М. А. Дворжец. Р. О. Ж. Том IV). „Глаукома при отложении меди в глазу" (М. А. Дворжец „Архив. Офтальмолог", том I), несколько случаев „атрофии" зрительного нерва с полной остротой зрения и другие.

Остальные случаи, не направленные в глазную клинику, считаю нелишним описать в настоящем сообщении, хотя-бы в самых кратких чертах.

I. Случай: двусторонняя arteria hyaloidea persistens.

Больная, 20 лет. еврейка, девица, явилась в глазной кабинет Центральной рабочей амбулатории с жалобами на то, что в течение многих лет плохо видит обоими глазами. В детстве болела „золотухой".

Со стороны наследственности ничего особенного. Больная анэмична, подкожная жировая клетчатка развита слабо; на шее слева имеются рубцы, вскрывшихся когда-то холодных абсцессов. Череп имеет несколько неправильную конфигурацию: правая половина слабее развита левой. Со стороны глаз: веки обоих глаз опущены и прикрывают почти половину роговицы; глазные яблоки отклонены книзу; движения их ограничены во все стороны. Со стороны слезных органов, слезопроводящих путей, кон'юнктивы, склеры, роговицы, передней камеры, радужки хрусталика и стекловидного тела — никаких отклонений от нормы.

Глазное дно. Правый глаз: соска зрительного нерва ясно не видно, ибо он скрыт, каб-бы за полупрозрачным конусообразным колпачком желтовато-розового цвета, сквозь которой, как через матовое стекло, едва намечаются контуры соска.

Основание конуса представляет собой стоячий овал, в длину равный приблизительно 3 диаметрам соска, в ширину—$2^1/_2$. Сосуды, идущие от центра соска вначале видны неясно, но лишь только они выступают из-за овала, они принимают нормальную

окраску, разветвляясь нормально по глазному дну. Вершина конуса выступает в стекловидное тело и заканчивается тонким тяжем, болтающимся при движении глаза свободно в стекловидном теле. В остальном глазное дно нормально.

Глазное дно левого глаза: на носовой половине соска имеется ампуловидное образование, кончающееся, как и в правом глазу, тяжем, с тупым концом, но несколько толще, тяж этот свободно движется в стекловидном теле. В нижнем внутреннем квадранте на сетчатке имеется серовато-желтое пятно, в диаметре равном—приблизительно 3-4 диаметрам соска; из центра этого пятна также тянется тяж в стекловидное тело и, как предыдущий, имеет широкий конец. Получается впечатление, как будто-бы эти два тяжа являются двумя частями одного и того-же тяжа; иначе говоря, ампуловидное расширение у соска было, повидимому соединено с описанным серовато-желтым пятном на сетчатке при помощи этого тяжа, который впоследствии повидимому порвался.

Это вполне возможно, если предположить, что передний конец arteriae hyaloideae с разветвлениями сросся в указанном выше месте с сетчаткой или представлял собой боковую ветвь этой артерии. А что такие явления возможны подтверждает второй случай, как мы это увидим ниже.

Рефракция правого глаза: гиперметропия 2.0^D и гиперметропический астигматизм 1.0^D левого глаза: гиперметропический астигматизм 2.0^D. Поле зрения исследовать не удалось Visus=0,08 Tn—25 mm. Реакция Wasserman'a и Pirquet отрицательная.

Картина глазного дна обоих глаз настолько ясна, что не возбуждает никакого сомнения в правильности нашего диагноза: если к этому прибавить, что на-лицо имеются и другие признаки аномалии развития в виде неправильной конфигурации черепа, ограниченной подвижности глазного яблока, то все сомнения будут исключены.

II-й случай: arteria hyaloidea persistens OD.

Больной, 22 лет, мужчина, земледелец, явился в Центральную рабочую амбулаторию в январе 1924 г. с жалобой на то, что плохо видит с детства правым глазом. Болезней детства не помнит; в 1922 г.—испанка; со стороны наследственности никаких указаний; венерические болезни отрицает; курит умеренно. Status: в общем физическом развитии никаких отклонений от нормы. Левый глаз нормальный: Visus=1.0. Правый глаз: острота зрения=0,1; все, кроме глазного дна, нормально. Глазное дно: сосок зрительного нерва бледноват; с носовой стороны, начинаясь недалеко от центра соска, имеется желтоватый тяж,—у соска более узкий, к периферии более широкий. Тяж этот тянется к носовой стороне и вниз и широким концом, расчлененным на несколько отдельных более мелких тяжиков, прикреплен к сетчатке. так что весь тяж образует собой нечто вроде слабо натянутой хорды, движения которой ясно видны при движении глаза. Несколько ниже места прикрепления тяжа имеется на сетчатке желтое пятно, в диаметре равное двум диаметрам соска. В остальном глазное дно нормально. Tn 22 mm.

Реакция Wasserman'a и реакция Pirquet—отрицательная.

Вот два случая, где картина глазного дна не возбуждает сомнения в том, что мы имеем перед собой редкую картину аномалии развития в виде arteria hyaloidea persistens. Эта артерия начинает образовываться уже на 7-й неделе внутриутробной жизни, очень быстро начинает давать ветви, распространяясь по всему стекловидному телу, а одна из них тянется вперед к капсуле хрусталика, где и дает свои ветви. К 6-му месяцу эмбриональной жизни сосуды стекловидного тела облитерируются и исчезают, остается лишь центральная ветвь—arteria hyaloidea, которая в свою очередь вскоре после рождения исчезает.

В редких случаях, как это имеет место у наших больных, остатки этой артерии сохраняются на всю жизнь. Случаи arteriae hyaloidea persistentis следует вообще считать редкостью, а случаи сохранения в обоих глазах—чрезвычайной редкостью, чем особенно и интересен наш первый случай: профессору Каминскому напр., на 100.000 больных пришлось видеть всего 2—3 случая этой редкой аномалии развития.

III-й случай: Рецидивирующий паралич глазодвигательного нерва.

Больной, мужчина, 22 лет, белорусс, ученик физкультуры, явился 30/V-27 г. в глазной кабинет Центральной рабочей амбулатории по поводу косоглазия левого глаза, при чем больной рассказывает, что ежегодно в течение 15 лет у него наступают внезапно головные боли; сначала в течение 4-5 дней болит вся голова, а затем остается боль

только левой половины; на пятый-шестой день начинает косить левый глаз. Косоглазие держится некоторое время, а затем глаз постепенно принимает нормальное положение. В прежние годы болезнь продолжалась около месяца; чем дальше, тем продолжительность болезни уменьшается; в прошлом 1926 году, она продолжалась всего две недели. Больной никогда к врачам не обращался и болезнь всегда проходила сама по себе без всякого вмешательства.

В последний раз голова стала болеть 24-го мая, а 27-го стал косить левый глаз.

Никакими инфекционными болезнями не болел; не пьет, не курит. Со стороны наследственности ничего особенного. Status praesens: Правый глаз нормальный, острота зрения=1.0. Левый глаз: верхнее веко опущено и прикрывает почти половину роговицы. Глаз отклонен к наружи на 26^0; сильно ограничено движение глазного яблока к внутри, кверху и книзу; в освещенной комнате оба зрачка одинаковой ширины и все реакции сохранены, в несколько затемненной комнате зрачек левого глаза шире зрачка правого глаза; реакции сохранены. Острота зрения=0,9; со стеклом concav—0,5=1,0. В остальном норма.

Больной был мною направлен в нервную клинику для исследования нервной системы. Он оставался в клинике несколько дней. Со стороны остальной нервной системы никаких отклонений от нормы не было найдено. Никакого лечения больной не получал и все явления сами собой постепенно исчезли. От пункции больной отказался.

Как мы видим, интерес этого случая заключается в том, что болезнь через определенные периоды с удивительной стереотипностью повторяется и заключается в параличе n. oculomotorii, связанном с предшествующей ему головной болью той же стороны.

Патогенез этого редкого и своеобразного заболевания до сих пор далеко не выяснен: одни, как, например Möbius высказываются за ядерное поражение, другие—считают это заболевание врожденной слабостью n. oculomotorii, третьи—периферическим невритом и т. д. Рецидивирующий паралич в большинстве случаев возрастает по силе и продолжительности; наш же случай, как мы видим, в этом отношении является прямой противоположностью, и тем самым, выходя из ряда обычных случаев, является особенной редкостью.

IV-й случай: Conjunctivitis Parinaud.

Больная, 21 г., служащая библиотеки, замужем, 6/IX—1924 г. явилась в глазной кабинет Центральной рабочей амбулатории с жалобой на то, что в течение нескольких последних дней чувствует какую-то неловкость в правом глазу, заключающуюся в легком жжении и ощущении инородного тела. До настоящего заболевания глаз никогда не болел.

Status: Левый глаз нормальный. Острота зрения=1,0. Правый глаз: веки отечны, верхнее веко несколько опущено, кон'юнктива век сильно гиперремирована; на переходной складке имеются красного цвета зерна различной величины, особенно много их на переходной складке нижнего века. Кон'юнктива склеры не изменена. Имеется незначительное отделение гноя. Со стороны прочих отделов глаза изменений нет. Общее самочувствие больной нарушено: головная боль, общее недомогание t^0=37,6.

Через 4 дня картина болезни несколько изменилась, а именно: отек век стал больше; на некоторых зернах появились из'язвления, другие приняли желтоватую окраску, присоединилась опухоль околоушных лимфатических желез и подчелюстной железы, при чем при дотрагивании они болезненны. Общее самочувствие больной хуже. t^0=37,8;

Больная находилась под моим наблюдением около месяца и получала только вяжущие в виде глазных капель. 18-го ноября состояние больной стало значительно лучше: отек значительно меньше, зерна стали исчезать, опухоль желез—опадать, t^0—нормальная. К концу ноября, за исключением гиперремии кон'юнктивы, никаких следов заболевания не оставалось. Больную мне пришлось видеть в последний раз 16/VI—1927 г., ни разу в течение последних трех лет болезнь не повторялась и вообще больная глазами не страдала.

Общее недомогание, односторонность процесса, припухание желез с соответствующей стороны, вид зерен, сравнительно быстрый и вполне благополучный, без всяких последствий, исход—почти без всякого терапевтического вмешательства, дает нам право с уверенностью поставить диагноз: conjunctivitis Parinaud.

Болезнь эта, впервые описанная в 1889 г. Parinaud, представляет собой до настоящего времени известную редкость: мне в течение 4-х лет работы в Минске, в ЦРА и в глазной клинике, удалось видеть только два случая этого заболевания. Проф. Каминский, как он любезно со мной поделился, на протяжении 37 лет работы в г. Минске, наблюдал не больше 3-х случаев, а в глазном отделении Кубано-Черноморской области, где с 1909 г. по 1920 г. прошло более 75 тысяч глазных больных, как утверждает д-р А. М. Привалова в статье „О кон'юнктивите Parinaud" (Русский оф. журнал. Т. IV. 1925 г.), не наблюдалось ни одного случая.

Здесь не место широко распространяться об этом редком заболевании, но нужно сказать, что ни этиология, ни патогенез его до сих пор не выяснен: одни считают его следствием поражения кон'юнктивы туберкулезом животных, другие считают, что он ничего общего с туберкулезом не имеет и представляет собой самостоятельное заболевание, вызываемое определенным возбудителем, на самом же деле до сих пор не известны ни возбудитель заболевания, ни пути переноса его.

V-й случай: Synchisis scintillans.

Больная 45 лет, еврейка, явилась 6/VI 1925 г. с жалобой на плохое зрение левого глаза и слепоту правого. Близорука с детства, 15 лет назад получила от мужа сильный удар в голову и правый глаз; непосредственно после удара, глаз в течение двух недель болел, лечилась у специалиста и боль прошла; зрение у больной значительно ухудшилось; в правом глазу появились мутные полоски и летающие „мушки и червячки". Зрение становилось все хуже и хуже и, наконец, 10 лет назад совершенно потеряла зрение правого глаза.

Status praesens: левый глаз — миопия скиаскопически 24,0D на глазном дне очень большая стафилома; вокруг стафиломы и на периферии глазного дна много хориодических фокусов разной величины; в остальных отделах глазного яблока никаких изменений нет. Visus c concav—18,0 D=0,1. t⁰—норма. Правый глаз: со стороны век, слезного аппарата, слизистой, склеры и роговицы никаких изменений; передняя камера нормальной глубины, жидкость ее мутна; в ней в виде взвеси при движении глаза плавает множество мелких ярко блестящих серебристых кристалликов; в нижней части камеры кристаллы гуще, чем в верхних. Радужка атрофична, рисунок ее стушеван; имеется частичный иридодонез в верхней части. Хрусталик сдвинут книзу (подвывих) и лишь наполовину занимает область зрачка; хрусталик ярко белого цвета „белоснежный", край неправильный; в области зрачка также масса летающих кристалликов; если быть поэтом, то видимую в области зрачка часть хрусталика и падающие на хрусталик серебристые кристаллы можно сравнить со снежной горой в атмосфере падающего на нее снега. Сквозь прозрачную часть видны густые помутнения стекловидного тела и также много блестящих кристалликов с золотистым оттенком (разница в цвете кристалликов передней камеры и стекловидного тела, повидимому, зависит от яркости освещения). T⁰—норма. Visus=0.

Появление кристалликов в данном случае можно об'яснить травмой, бывшей 15 лет назад, при чем миопический глаз, сильно растянутый, повидимому с большими изменениями на дне, явился предрасполагающим моментом, а травматический иридоциклит, вывих хрусталика, кровоизлияние и растянутая сосудистая и, вследствие этого, нарушение обмена веществ в глазу прямой причиной появления кристаллов.

Вопрос о причинах образования кристаллов до сих пор не ясен; большинство авторов считают, что нарушение холестеаринового равновесия дает возможность выпадению кристаллов. Wiegemann говорит, что Synchisis scintillans может быть случайной находкой, как, например, у стариков, или является следствием хронического заболевания глаза или атрофии после тяжелого повреждения. Наш случай, таким образом, следует отнести к последней группе.

VI-й случай: Coloboma iridis et choroideae с врожденным помутнением роговицы.

Больная 25 лет, домашняя работница, явилась 19-го марта 1927 г. в глазной кабинет с жалобой на сильное гноетечение из обоих глаз (острый кон'юнктивит).

Больная среднего роста, пониженного питания. Глазами никогда не страдала; установить что-нибудь более или менее определенное в смысле наследственности не удалось.

При исследовании глаз найдено следующее: веки обоих глаз нормальны, кон'юнктива tarsi сильно гиперремирована, гиперремия переходит на периферические части кон'юнктивы bulbi. Глазные яблоки сильно уменьшены в размере. Активные движения обоих глаз во все стороны нормальны. Имеется горизонтальный нистагм. Правый глаз: роговица представляет собой стоячий овал, длина которого равна 9-mm, ширина 7-mm; она зеркальна, совершенно прозрачна; радужка коричневая, рисунок ее ясно выражен, при чем зрачковый край атрофичен: зрачек грушевидной формы, острием вниз, при чем в нижнем краю имеется остаток радужки шириной приблизительно в один милиметр (сфинктор); реакция на свет живая. Прозрачные среды нормальны. Глазное дно: сосок бледноват, границы его выражены ясно; с темпоральной стороны (в обратном виде), начинаясь непосредственно у соска имеется поле серовато-желтого цвета в диаметре равном двум соскам, через него проходят сосуды сетчатки; вверху (в обратном виде)—большое белое поле, через которое также проходит несколько сосудов.

Рефракция: Миопия 1,0 и миопический астигматизм 1,0. Visus с коррекцией=0,3. T⁰—норма.

Левый глаз: роговица несколько меньше роговицы правого глаза, а именно 8×6. Она зеркальна, но диффузно помутнена; при более детальном осмотре видно, что помутнение это расположено глубоко и состоит из отдельных очагов, сливающихся друг с другом; сосудов нет. Сквозь мутную роговицу проглядывает коричневая радужка и зрачек такой же формы, как и в правом глазу, но с неровными краями; реакция зрачка на свет отсутствует; хрусталик не просвечивает; глазное дно по понятным причинам исследовать не удалось. Светоощущения нет: Visus=0. T⁰—норма. Будучи послана для исследования крови по Wasserman'у, больная больше в амбулаторию не являлась и ответа не принесла.

Этот случай, что касается правого глаза является типичным представителем довольно распространенной аномалии развития—coloboma iridis et choroideae, которая, как известно, является следствием неполного закрытия зародышевой глазной щели, существующей в эмбриональной жизни на нижней стороне глазного бокала—и этим приведенный случай не представлял-бы особого интереса. Интересен он благодаря левому глазу, который страдает той же аномалией развития, как правый, но имеет мутную роговицу, задние синехии и непрозрачный хрусталик, при чем следует вспомнить, что больная никогда глазами не страдала. Ясно, что помутнение роговиц и прочие изменения являются врожденными. Эти врожденные помутнения роговицы могут быть или следствием порока развития или следствием кератита, внутриутробно перенесенного. В первом случае мутность роговицы об'ясняется тем, что будучи в первые месяцы эмбриональной жизни совершенно непрозрачной, она становится прозрачной лишь на 4-м месяце; случайные препятствия могут вызвать замедление или приостановку этого процесса, вследствие чего роговица может остаться или совершенно непрозрачной или только частично. Во втором случае для помутнений воспалительного происхождения имеется классификация Wecker'a, которая приведена профессором Барбашевым в его статье „К вопросу о врожденных помутнених роговицы". (Архив офталмолога т. II, стр. 569), почему я ее здесь и не привожу и отсылаю интересующихся к указанному источнику. В этих случаях видное место занимает паренхиматозный кератит, и в процесс в большинстве случаев вовлекается радужка и циллиарное тело. Думаю, что наш случай является представителем второй группы, т. е. как следствие кератита, внутриутробно перенесенного, а не следствием порока развития. За это говорят задние синехии и непрозрачность хрусталика (secclusio et occlusio pupillae?) Вообще же следует сказать, что врожденные помутнения роговицы встречаются очень редко: так, профессор Барбашев в Харькове от 1885 г. до 1923 г. наблюдал всего два случая.

VII-й случай: coloboma iridis и частичное помутнение роговицы.

Больная 22 лет, белоруска, крестьянка явилась в глазной кабинет с просьбой закрасить бельмо на левом глазу. Никогда глазами не страдала и настоящий недостаток, по словам родителей, является врожденным. В семье все здоровы и больных глазами нет. Кроме некоторой ассиметрии лица, заключающейся в том, что левая половина меньше развита правой—других отклонений или болезней нет.

Правый глаз нормальный во всех отношениях; острота зрения - 1.0. Радужка голубая.

Левый глаз: со стороны век, кон'юнктивы и слезных органов никаких отклонений от нормы нет. Глазное яблоко сильно уменьшено и по величине—несколько больше половины правого глазного яблока. Соответственно этому и роговица значительно меньше роговицы правого глаза: диаметр ее—8-9 мм.: она совершенно прозрачна, за исключением нижней части; здесь, по циферблату на шести имеется совершенно белое пятно, переходящее со склеры и являющееся как-бы ее продолжением в роговицу; форма этого пятна приближается к форме треугольника, вершина которого обращена к центру основания к fimbus (к склере); вышина треугольника 3 мм. основание приблизительно такое-же; края помутнения не резко ограничены от нормальной роговицы, но постепенно в нее переходят. Радужка коричневая (в правом глазу голубая); рисунок ее ясно выражен. Зрачок грушевидной формы, острием обращенным вниз; хорошо реагирует на свет и конвергенцию. Радужка на месте помутнения роговицы с последней не срощена. В остальном норма. Visus—1.0.

Этот случай походит на предыдущий, но несколько от него отличается: во-первых, страданию подвержен только один глаз; во-вторых, мы здесь имеем гетерохромию; в-третьих, в последнем случае имеется coloboma iridis только, в предыдущем имеется также и coloboma choroideae. Но главное отличие состоит в том, что в то время, как врожденное помутнение предыдущего случая является следствием кератита, перенесеннего внутриутробно, помутнение в настоящем случае является следствием не воспаления, а аномалии развития, когда случайное препятствие, повидимому, вызвало в отдельном месте остановку процесса „образования прозрачности“ роговицы.

Этот случай, таким образом, интересен с одной стороны тем, что тут мы имеем аномалию развития на одном глазу; с другой стороны тем, что он является представителем группы врожденного помутнения роговицы, зависящего от аномалии развития ее, а не от воспаления внутриутробно перенесенного.

VIII-й случай: Mikrophthalmus врожденное помутнение роговицы, coloboma iridis, choroideae et nn. opticorum с высокой сравнительно остротой зрения.

Больной 31 года, учитель, белорусс, явился 7/IV—27 г. в глазной кабинет с просьбой переменить имеющиеся у него очки.

Из анамнеза ничего особенного установить нельзя было. Болезней глаз никаких не было. При исследовании глаз найдено следующее: обе орбиты значительно меньше нормы; функция век, мышц глазного яблока, слизистая—нормальны. Оба глазных яблока сильно уменьшены в размерах, и на этих маленьких глазных яблоках резко бросаются в глаза несоответственно малые, даже и для существующей у больного величины глазного яблока, роговицы: вертикальный диаметр 6 мм. горизонтальный 5 мм. Величина и вид роговицы на обоих глазах одинаковая. Роговица не резко отделяется от склеры местами склера, как будто-бы вторгается в пределы роговицы; таким образом, периферия ее является непрозрачной; прозрачный участок роговицы очень мал - в диаметре $2^1/_2$-3 мм. и занимает центр роговицы и несколько ниже центра, почти до limbus. Передняя камера мелка; радужки голубовато-серые; зрачки грушевидной формы, заостренной частью книзу (coloboma).

Хрусталик и стекловидное тело прозрачны. Дно: соски имеют бледновато-розовую окраску, при чем в нижней части (при офтальмоскопировании в обратном виде—в верхней части) у границы—выемка, доходящая почти до центра соска. С наружной стороны (в обратном виде)—стафилома; вверху (в обратном виде) на периферии небольшое белое поле. Других изменений на дне нет. Рефракция: 0^D—Myopia—6,0^D, Ast. myopicus—1.$0.^D$ 0S.—Myopia 5,0—Ast. myopicus—1,5^D. (Скиаскопически) Visus 0^D (с коррекцией)—0,6; и 0_S - 0,4.

Для более детального исследования (поле зрения, исследование при помощи офтальмометра, внутриглазное давление, цветоощущение и т. д.)—больной был приглашен в глазную клинику, но, к сожалению, не явился.

Этот случай интересен с одной стороны обширностью аномалии развития: величина глазных яблок, величина роговицы, помутнение роговиц, как следствие их недоразвития, ограниченный участок прозрачной роговицы, по счастью для больного, находящийся в центре роговицы, coloboma iridis, choroideae et nn opticorum—все это, повторяю, уже само собой придает известный интерес этому случаю; с другой стороны,—при таком огромном недоразвитии глазных яблок, они все-же сохранили хорошую остроту зрения, дающую больному, как школьному работнику, почти полную трудоспособность. Все вместе взятое и чрезвычайная редкость таких случаев и послужила причиной тому, что этот случай мною публикуется.

Вот те несколько случаев, которые я считаю небезинтересными, чтоб о них поговорить. Ими, однако, не исчерпывается имеющийся в моем распоряжении казуистический материал глазного кабинета Центральной Рабочей Амбулатории.

Так, например, имеется случай упадка зрения и дефектов в поле зрения у мужчины на почве травмы в области затылочных долей, случай conjunctivitis granulosa syphilitica (?) случай microcorneae—(9 х. 7 мм.) на единственном глазном яблоке нормальной величины у студентки 21 года, несколько интересных случаев с аномалией рефракции, как, например, мипия $28{,}0^D$ на одном глазу, при гиперметропии $8{,}0^D$ на другом случай миопии больше $30{,}0^D$ без всяких изменений на глазном дне, и наоборот—миопия 0,5 на одном глазу и миопия 1,0 на другом с огромной задней стафиломой и хориоидическими изменениямн, как это бывает при высоких степенях миопии, с остротой зрения с коррекцией на одном глазу—1,0, на другом - 0,7 у женщины 48 лет; два случая субретинального цисцицерка. Наконец, имеется несколько интереснейших случаев изменений в глазах от работ с кварцевой лампой без защитных очков.

Все эти случаи не публикуются в данном сообщении лишь потому, что часть из них находится еще в стадии наблюдения, а часть войдет, как материал для других специальных работ.

Заканчивая, считаю необходимым указать, что приведенный в настоящем сообщении материал из‘ят исключительно из дневного приема, который я веду с ноября 1923 г., и совершенно не касается вечернего приема. Если предположить, что и на вечернем приеме прошло приблизительно такое-же количество редких случаев, то может создаться впечатление, что мы уже не так бедны казуистическими случаями, но, принимая во внимание, что через глазной кабинет ежедневно проходит в среднем сто больных, мы должны будем согласиться, что мы не очень избалованы ею,—и это также служит причиной того, что я решил описать упомянутые выше случаи.

Диабет и его лечение [1]).

(Из II-ой терапевтической клиники Белорусского Государственного Университета. Директор—профессор Ф. О. Гаусман).

А. С. Файнгольд и А. И. Михельсон.

В 1898 году проф. L. Krehl говорит о диабете: „Очень трудно, в настоящее время даже еще невозможно дать настоящее определение этой полной загадок болезни".

В последние годы изучению диабета посвящено большое количество трудов. Значительные достижения в области учения о железах с внутренней секрецией, открытие канадскими учеными Бантингом и Бестом гормона инсулярного аппарата поджелудочной железы осветило много неясных проблем в этой сложной болезни. Однако, несмотря на указанные успехи, диабет и по сие время не получил своего полного всестороннего освещения. Так, проф. Laquer говорит в 1924 году: „Несмотря на все усилия различных исследователей эта область продолжает оставаться очень темной и много затронутых вопросов еще ждут своего разрешения".

Для освещения патогенеза сахарного диабета необходимо кратко остановиться на физиологии углеводного обмена. Какова судьба углеводов пищи от момента поступления их в кишечный канал до появления в крови в виде глюкозы? Углеводы, состоящие из моносахаридов (левулёза, декстроза, галактоза) непосредственно поступают в воротный круг кровообращения; ди-и полисахариды (мальтоза, тростниковый и молочный сахар, крахмал и др.) предварительно действием инвертирующих ферментов (диастаза), кислот и бактерий расщепляются гидролитически в кишечной стенке на моносахариды и также поступают в кровь. Иногда в кровь „проскакивают" неразложенными сахароза и лактоза, но, как недоступные усвоению тканями, выбрасываются мочей неизмененными. Весь этот поток углеводов, состоящий из глюкозы, фруктозы и галактозы, устремляется по воротной вене в печень. Здесь гексозы, прежде чем перейти в гликоген, подвергаются превращению в левулёзу и только через левулёзу превращаются в гликоген (De Meyer, Külz, Minkowsky). Последнее обстоятельство имеет большое значение для об'яснения того факта, почему левулёза легче усваивается диабетиками, чем другие моносахариды. Образовавшийся гликоген откладывается в печеночных клетках. Эта полимеризация моносахаридов в гликоген обусловливается амилазой, поступающей в кишечник из pancreas'a путем внешней секреции. „В этом случае внешний секрет pancreas'a, всасываясь из кишечника в печень, играет роль внутренней

---

[1]) Доклад, читанный в заседании терапевтической предметной комиссии Бел. Гос. Университета 5-го мая 1927 г

секреции". (В. Н. Болдырев. Периодическая деятельность организма 62 С.-Петербург, отдельный оттиск).

В настоящее время установленно с несомненностью, что гликоген образуется не только из углеводов, но и из белков, вернее, из аминокислот, а не из углеводной глюкозаминовой группы, как думали раньше. По одним авторам до 60-ти, по другим до 80-ти, а в нашей клинике 5/6 или 83 проц. белков пищи превращаются в глюкозу одинаково как в здоровом, так и в диабетическом организме. Новейшие экспериментальные исследования доказывают и превращение жиров, вернее жирных кислот, в сахар и в настоящее время все больше множится число голосов в пользу того, чтобы при исчислении сахарной ценности пищи принимать в расчет и жиры.

Печень представляет резервуар гликогена, содержа его в количестве 4 проц., иногда 14 проц. своего веса. Этот резервуар является могучим регулятором содержания сахара в крови на известной высоте и в определенной концентрации от 0,1 проц. у белых до 0,17 проц. у японцев. Такая концентрация является очевидно наилучшей для правильного функционирования всех органов. По мере требования органов и тканей печень мобилизует свои запасы гликогена, превращая его в глюкозу действием своего гликогенолитического фермента, вырабатываемого самими печеночными клетками и посылает глюкозу в кровь. Здоровый человек истрачивает ежедневно 300 - 500,0 сахара, в таком же количестве вырабатывает его печень, почему нормально накопления сахара в крови (гипергликэмии) не наблюдается.

Импульсы для мобилизации гликогена и планомерного транспортирования сахара к органам поступает в печень от сахарного центра на дне IV желудочка, открытого Claude Bernard'ом (Oblongata, nuc. dorsalis n. vagi) через левый пограничный ствол n. symphatici и через n. splanchnicus.

Разрушение сахара организмом есть сложный ферментативный процесс, происходящий в присутствии оксидаз (по Salkovsk'ому) или специального гликолитического фермента, циркулирующего в крови (по Lèpine'у). В настоящее время опытами установлено отсутствие фермента в крови и считают, что гликолитический фермент находится в тканевых клетках.

Усвояемость сахара не безгранична и для здорового организма. Так, при однократном введении свыше 150—180,0 глюкозы и у нормального человека наступает переполнение крови сахаром (гипергликэмия) и вслед за тем выведение сахара мочей, т. н. алиментарная гликозурия. Только усвоение крахмала безгранично для здорового человека, поэтому обнаружение гликозурии после приема крахмала заставляет всегда заподозрить диабет.

Расстройство нормальной функции печени и содержания в ней гликогена составляет важный фактор в патогенезе заболевания диабетом. В диабетическом организме исчезает гликоген не только из печени, но и мышечный гликоген. Такое исчезновение гликогена, как главный симптом расстройства промежуточного обмена, составляет основу различных теорий диабета, которых коснемся ниже. Гликоген расщепляется в организме на глюкозу, молочную кислоту и ацетальдегид. Глюкоза в числе прочих продуктов распада дает фосфорную и молочную кислоты. Молочная кислота через глицериноальдегидную группу стоит близко к глицерину, следовательно, и к жиру. Молочная кислота является главным источником мышечной энергии и поэтому ее значение и роль для организма огромна. В дальнейшем молочная кислота,

как предполагают, распадается, как при брожении сахара, на виноградную к-ту, стоящую близко к d-аланину и α—аминокислоте, получающейся при расщеплении белков. Виноградная к-та расщепляется на ацетальдегид и углекислоту. Ацетальдегид стоит близко к ацетоуксусной и просто уксусной к-там и тем самым к распаду высших жирных кислот. Отсюда вытекает, что гликогенообразование, занимающее центральное место в промежуточном обмене веществ, берет свои корни не только в углеводах, но также жирах и белках (Umber). Возможность образования сахара из белка и жира доказана исследованием обмена веществ у больных; накоплением гликогена при исключительном питании животного белками; частым усилением гликозурии у диабетика, питающегося белками (Staub). Наконец, всем известно, что при чрезмерном питании углеводами в организме накопляется жир, образующийся из углеводов, когда склады гликогена переполнены. Таким образом, расстройство правильного синтеза и распада гликогена влечет за собою расстройство нормального кругооборота не только углеводов, но также жиров и белков, что и наблюдается у диабетика.

Сложный процесс правильного расщепления и синтеза гликогена обусловливается импульсами, доставляемыми в печень через вегетативную нервную систему и регулируемыми гормоном Langerhans'овых островков—инсулином. Поражение же островков и недостаток гормона приводит к тому расстройству углеводного обмена, которое составляет сущность сахарного диабета.

Еще в 1889 году трудами Meringa и Minkowsk'ого было установлено, что в углеводном обмене огромную роль играет pancreas, т. к. при его полном удалении у депанкреатизированных животных развивается тяжелый смертельный диабет. С тех пор начинается ряд изысканий над pancreas'ом, давших блестящие результаты в изучении роли его над урегулированием содержания сахара в крови. Так, Соболев и Opie в 1891 г. показали, что перевязка выводного протока поджелудочной железы ведет к дегенерации железистой части, но не влияет на островки Langerhans'a. Ими же сделана попытка доказать связь между заболеванием островков и диабетом. Яроцкий в 1898 году, а Laguesse и Diamare в 1899 году указали на роль островков, как самостоятельного органа внутренней секреции. Наконец открытие в 1920 году гормона поджелудочной железы увенчало блестящие результаты исследований над pancreas'ом и зависимости от него диабета. Из опытов над депанкреатизированными животными при подкожном или интравенозном впрыскивании инсулина оказалось, что инсулин быстро понижает содержание сахара в крови. Кроме того, он повышает содержание гликогена в печени депанкреатизированных собак и повышает у них газовый обмен. Проф. Гаусман в своих лекциях указывает, что деятельность и свойства гормона поджелудочной железы—инсулина чрезвычайно разносторонне и многогранно. Достаточно указать на некоторые его функции, чтобы убедиться в огромном значении инсулина в физиологии организма: а) инсулин способствует фиксации гликогена в печени; б) содействует ассимиляции сахара клетками периферии; в) обусловливает превращение моносахаридов в левулёзу, а тем самым способствует синтезу гликогена; г) влияет на почечный эпителий в смысле удержания сахара в крови; д) регулирует нормальное сжигание аминокислот и жирных кислот до углекислоты и воды, предупреждая последним образование и скопление ацетоновых тел в организме. Инсулин является антагонистом адреналина надпочечной железы. Ясное представление о сущности нарушения углеводного обмена дает упрощенная и несколько видоизмененная схема Noorden'a

изображающая сложную систему, заведующую усвоением и расходованием углеводов (см. схему № 1).

В эту схему не включены hypophysis и др. второстепенные факторы. Нарушение какого либо отдела указанной схемы может привести к диабету, особенно поражение могучего регулятора—тормоза, каковым является pancreas, т. к. тогда берет верх хромафинная система (надпочечники), что ведет к усиленному разрушению гликогена и тяжелой гликозурии. Возможны и случаи одной лишь гиперфункции хромафинной системы, приводящей к диабету. Таков может быть механизм нервных форм диабета после психической травмы. Если представить себе комбинацию гиперфункции надпочечников с одновременным поражением Langerhans'овых островков, то станут понятными случаи особенно тяжелых форм диабета. Каков механизм действия инкрета поджелудочной железы на физиологию углеводного обмена? Для его об'яснения выдвигается много теорий. Из них остановимся на двух, занимающих доминирующее положение. Теория перепроизводства (школа v. Noorden'a) полагает, что вследствие выпадения тормозящего влияния pancreas'a, все сахарообразующие факторы, как поступление углеводов, аминокислот, неврогенное действие адреналиновой системы, начинают действовать в болезненно усиленной степени. Это ведет к образованию сахара и поступлению его в кровь в таких количествах, которые превышают потребность тканей. Здесь, следовательно, происходит не задержка образования гликогена, а усиленнный, бурный его распад.

Другая теория (Minkowsky, Falta) пониженного сгорания сахара в тканях организма приписывает гормону pancreas'a свойства делать все клетки организма способными ассимилировать сахар. Эта теория полагает, что инсулин увеличивает сжигание сахара на периферии и угнетает сахарообразовательную функцию печени. При поступлении в организм пищи богатой сахарообразователями начинается усиленное образование сахара в печени и усиленная отдача его в кровь. Повышение уровня кровяного сахара автоматически вызывает усиленную продукцию инсулина, повышающего способность клеток воспринимать сахар. Благодаря этому с одной стороны усиливается задержка печеночными клетками, а с другой стороны происходит усиленное потребление клетками периферии сахара из крови. Вследствие такого механизма уровень кровяного сахара быстро возвращается к норме, не допуская превышения его за сахарный порог почек, который в нормальных условиях лежит между 0,18 проц. и 0,20 проц. У диабетиков, вследствие поражения островкового аппарата pancreas'a, печень теряет способность фиксировать в себе гликоген, понижается усвоение сахара на периферии (клетки купаются в сахаре не будучи в состоянии его утилизировать). Кровь наводняется сахаром, который в тяжелых случаях уже натощак стоит на высоком уровне. Выделение сахара мочей доходит в нелеченных случаях до 500,0—1000, 0, что равносильно потере 2000-4000 калорий. Последнее обстоятельство вызывает полифагию, несмотря на которую наступает исхудание, вследствие перегрузки желудочно-кишечного тракта. Расстройство ассимиляции сахара влечет за собою другие тяжелые последствия. В норме аминокислоты, образующиеся при расщеплении белков и жирные кислоты—из жиров, сгорают: первые в аммиак, мочевину, углекислоту и воду, вторые в углекислоту и воду. Это происходит при наличии сахара в клетках, который служит для них как бы воспламенителем („Белки и жиры сгорают в пламени углеводов"). В диабетическом организме, вследствие недостаточности „воспламенителя" в клетках, последние не сгорают

целиком, из них образуются отбросы. шлаки, т. наз. ацетоновые тела, которые постепенно накапливаясь, приводят к ацидозу, отравлению организма и, наконец, к диабетической коме. (Falta) см. схему № 2.

В настоящее время вопрос о патогенезе ацидоза при диабете в связи с новейшими данными физиопатологии, трактуется как нарушение кислотно-основного равновесия крови, а не обусловлен одним только накоплением ацетоновых тел в организме, что видно по тому, что параллелизм между ацидозом и ацетонэмией (кетонурией) далеко не постоянен. Наблюдается в клинике слабый ацидоз при сильной ацэтонэмии и, наоборот, сильный ацидоз при слабой ацетонэмии. (В виду же постоянного сопутствия кетонурии ацидозу, исследование мочи диабетиков на ацетотела является необходимым).

Нормально в крови, являющейся посредником обмена между различными клетками организма, реакция постоянно держится на определенном уровне и является чрезвычайно устойчивой, благодаря мощной буферной системе, состоящей из углекислоты в присутствии бикарбонатов, из кислых и щелочных фосфатов и белков, функционирующих как кислоты. По Гендерсону Рн крови (Рн—показатель водородных ионов) есть главным образом функция отношения $\frac{H_2CO_3}{Na\ HCO_3}$ Когда растет количество CO_2 организм обладает способностью увеличить количество своих бикарбонатов, благодаря большей частью (меньшая часть регулируется легкими и почками) одной только регуляторной деятельности буферов крови.

О функции кровяного регулятора судят по т. н. „резервной щелочности" крови, представленной бикарбонатами, определяемыми по способу Ван-Слейка[1]). Она выражается в об'емах CO_2 на 100 об'емов кровяной плазмы при 0° и 760 мм. Hg. и колеблется у здорового человека при покое от 53—77 на 100.

Определение „резервной щелочности" у диабетиков имеет большое диагностическое и прогностическое значение. При коме наступает полная декомпенсация регуляторного механизма. Рн крови падает до 7,06—перед смертью и 6,40 после смерти, т. е. количество водородных ионов сильно увеличивается (в некоторых случаях Рн при коме не изменяется).

Проф. Гаусман в своих лекциях подчеркивает, что положения, выдвигаемые той и другой теорией в совокупности верно освещают механизм действия инсулярного аппарата, т. к. недостаточность его ослабляет сжигание сахара клетками периферии, а недостаток тормозящего действия на печень, дает перевес адреналиновой системе, вследствие чего наступает разрушение гликогена и гиперпродукция сахара.

Обычными симптомами диабета считаются полифагия, полидипсия, полиурия и гликозурия, которые в различных случаях могут быть в большей или меньшей степени выражены. В некоторых случаях могут отсутствовать отдельные симптомы.

При диагностике диабета нужно иметь в виду случаи „Diabetes innocens", к которым относится так называемый „почечный диабет", гликозурия беременных, нервная гликозурия. Все эти случаи Umber об'единяет под названием экстра-инсулярных гликозурий. При почечном диабете в некоторых случаях наблюдается выделение сахара мочею, доходящее до 2-3 проц., между тем, как уровень кровяного сахара находится на нормальной высоте, что имеет важное значение для терапии.

---

[1]) По этому способу производятся исследования в клинике проф. Гаусмана.

Отсюда вытекает важность и необходимость исследования для диагностики диабета сахара в крови [1]).

В клинике наблюдаются разнообразные осложнения, сопровождающие диабет. Они об'ясняются упадком питания и пониженным сопротивлением тканей. Чрезвычайно распространены у диабетиков кожные заболевания, выражающиеся зудом, фурункулезом и проч. У мужчин нередко наблюдается потеря libido и импотенция. Часто наблюдаются полиневриты, арефлексия. Весьма неблагоприятное влияние оказывает диабет на туберкулез. Имеющиеся первичные туберкулезные очаги и инактивные формы, даже не обнаруживаемые реакцией Pirquet, под влиянием диабета принимает прогрессирующий характер, благодаря понижению аллергии, доходящей до отрицательной степени-аннергии. „Туберкулез является в 50 проц. случаев причиной смерти при диабете" (Коган-Ясный).

Клинически установлено несколько типов диабета: из них укажем на два по классификации французских авторов.

1. Диабет артритиков или жирный диабет (Diabète artritique ou gras) свойствен пожилому возрасту. Для этой формы характерно отсутствие исхудания и это большею частью тучные, полнокровные, крепкого сложения люди, у которых в роду ожирение, подагра, диабет. Жирный диабет имеет медленное течение, без явлений полифагии, полидипсии и др. Несмотря на длительное течение он может привести к серьезным и опасным осложнениям.

2. Тощий или панкреатический диабет—(Diabéte pancreatique ou maigre) характеризуется острым течением с резким исхуданием и редко длится больше года. На-лицо все классические симптомы диабета с чрезвычайно упорной гликозурией, не прекращающейся при безуглеводной пище и даже голодании.

В первом случае имеем как бы легкую форму диабета, где сохранено хорошее питание, имеется незначительная гликозурия, слегка повышенный уровень кровяного сахара и довольно высокую углеводную выносливость.

Случай, где имеется значительное истощение больного, высокая гипергликэмия от 0,2 проц.—0,4 проц., выделение больших количеств сахара с мочей от 300,о—600,о упорное выделение ацетона, ацетоуксусной и β-оксимасляной кислоты, появляющихся при малейшей попытке к ограничению углеводов, приводящие к ацидозу; резко выраженные классические симптомы при очень низкой углеводной выносливости, относятся к тяжелым. Состояние между двумя указанными относятся к случаям средней тяжести. Конечно, не приходится говорить об установлении точных границ для различной тяжести случаев, т. к. часто одна форма, в зависимости от соответствующего лечения или отсутствия лечения, переходит в другую. В общем, нужно сказать, что более легкие формы свойственны пожилому возрасту в то время, как в молодом возрасте даже легкие случаи могут быстро переходить в тяжелую форму (через 1½-3 года) и у молодых тяжелое течение является правилом (Чистович).

Ознакомившись с современными воззрениями на сущность диабетического расстройства обмена веществ, перейдем к методике изучения и лечения больного в клинике проф. Гаусмана. Клиника придерживается прежде всего общепринятых взглядов, что точкой приложения щадящей диэтической терапии сахарного мочеизнурения должна быть

---

[1]) В биохимической лаборатории клиники проф. Гаусмана исследование сахара в крови производится по датскому иодотитровальному способу Надигера.

система Langerhans'овых островков pancreas'а. Диэтическая терапия должна дать возможность отдыха скудным остаткам островков инсулярного аппарата, работающим при диабете с максимальной напряженностью. Диэтическая терапия при диабете разработана давно. В основу этой терапии легло то обстоятельство, что, если диабетику давать некоторое время углеводов меньше, чем он в состоянии усвоить, то его углеводная выносливость постепенно повышается. Введение же углеводов, превышающих границу его усвояемости, понижает углеводную выносливость больного. Так как при повышении уровня кровяного сахара инсулярный аппарат автоматически реагирует усиленной продукцией инсулина, то у диабетиков, где имеется большое поражение островков, им приходится, по выражению Falta, работать из последних сил, отдавать свои последние запасы, чтобы бороться с гипергликемией, наступающей в результате приема богатой сахарообразователями пищи. Отсюда вытекает первостепенное значение ограничения углеводов, а в некоторых случаях и белков, так как белки не только образуют сахар в больших количествах, но, как это установлено клиническими наблюдениями, обладают кетогенным действием и, кроме того, раздражают процессы сахарообразования (Umber, Rosenberg).

Диэтическая терапия тщательно разработана на протяжении десятков лет, особенно трудами v. Noorden'а и его школы и в настоящее время представляет богатый арсенал различных пищевых веществ в той или иной степени лишенных углеводов, иногда белков. Клиника проф. Гаусмана, кладя в основу указанные принципы, старается осуществить такой метод рационального диэтического лечения, который всего ближе подходит к реальной жизненной обстановке и материальным условиям нашей клиники. Тут понятно свежие салаты, томаты, цветная капуста, спаржа и проч. уступают свое место обыкновенной капусте, картофелю, огурцам. Из жиров вводятся масло коровье, сало свиное, из белков мясные котлеты, а чаще яйца, которые, вследствие отсутствия триптофана в яичном белке, значительно доступнее организму, и дают гораздо меньше ацетотел, чем мясные белки. Кроме того по примеру Noorden'а проводятся овсяные дни, т. к. овес дает значительно меньшее нарастание гликозурии в сравнении с другими углеводами. Варьируя указанными пищевыми веществами из больничного пайка клиника находит возможным изготовить пищевые рационы, наиболее отвечающие домашней обстановке больного, как это видно на нашей таблице. Это имеет то большое значение, что после ухода из клиники больной сумеет без особенных затруднений проводить дома назначенный ему диэтический режим. Путем различных комбинаций и чередований в рационе удается в больший или меньший промежуток времени достигнуть уменьшения, а в некоторых случаях полного исчезновения сахара в моче, также довольно высокой выносливости к углеводам.

Говоря о терапии диабета нельзя не остановиться на роли и значении инсулина, вызвавшего в первое время после его открытия яркие надежды, заставившие взяться за кипучую работу по пересмотру методов лечения сахарного мочеизнурения. Однако, накопленный за последние годы мировой опыт в применении инсулина, не умалив огромного значения этого гормона, являющегося в тяжелых упорных случаях незаменимым, а при coma diabeticum прямо спасительным средством, показал, что исходной и главной терапией при диабете является всеже диэтотерапия. Нам следует постоянно помнить, что инсулиновое лечение есть прежде всего один из видов заместительной терапии. Инсулин не является радикальным специфическим средством, устраняющим неизвестную причину, вызвавшую патологические изменения

в Langerhans'овых островках, и излечивающим диабет. Это есть только могущественное вспомогательное средство, несомненно влияющее на уменьшение гипергликемии, исчезновение ацидоза, увеличение толерантности по отношению к углеводам и белкам.

Ценя по достоинству значение этого органо-препарата, клиника проф. Гаусмана по целому ряду соображений отводит инсулину второстепенную роль и прибегает к его помощи тогда, когда имеются симптоматические показания к его применению, как это видно будет на примере с нашими больными, где только в одном остро угрожающем, тяжелом случае с успехом была применена комбинированная диэто-инсулиновая терапия.

Мы уже указывали на то, что методика лечения в этой клинике преследует не только ближайшие благоприятные результаты, но и считается с практической осуществимостью мероприятий вне клиники, в домашней обстановке и окружающих условиях больного. Всем известно, что в настоящее время инсулин не вырабатывается в нашем Союзе и является для нас дорогим препаратом, который зачастую трудно достать не только в районах, но и в больших городах. Даже при наличии инсулина дороговизна этого препарата делает его недоступным для преобладающего большинства наших больных, почему по праву клиника смотрит на инсулин как на „налог на диабетиков". Дороговизна и скудность наших средств сказываются и на клинике, которая даже в некоторых показанных случаях лишена возможности провести полное инсулиновое лечение.

Нельзя также не указать на отрицательные стороны инсулинового лечения, когда больной, уходя из клиники, считает себя совершенно выздоровевшим и начинает злоупотреблять пищей. В результате наступают тяжелые явления ацидоза и больной погибает в коматозном состоянии. Число излеченных в клинике и погибших вне ее по указанной причине довольно велико (Fischer, Гаусман). Сюда же относится и „привыкание" к инсулину, дающее такие-же печальные результаты. Приводим случай, имевший место в Минске. Больной Г. фармацевт из Бобруйска лечился в образцовой немецкой клинике Ноордена инсулином. Вернулся домой, прекрасно поправившись и при постоянном пользовании инсулином чувствовал себя вполне удовлетворительно. Как-то больной приехал по делам в Минск и забыл захватить с собой достаточно инсулина, которого, к несчастью, не оказалось тогда и в Минске. У больного развилось тяжелое состояние, он впал в кому и погиб в течение суток.

О другом случае сообщает проф. Гаусман. Дантистка в Москве лечилась инсулином, очень хорошо поправилась и, считая себя совершенно выздоровевшей, перевелась на службу на Кавказ. Там инсулина не оказалось и больная погибла в течение нескольких недель при явлениях комы.

Все указанное диктует настоятельную необходимость по возможности избегать инсулина и мы видим на наших больных, как клиника вполне успешно борется с сахарным мочеизнурением, ограничивая до минимума применение инсулина и получая сравнительно удовлетворительные результаты.

Перейдем к таблицам, иллюстрирующим методику изучения и результаты лечения наших диабетиков.

Краткие истории болезней.

Случай 1-й. Больной Л—ков, 24-х лет, женат, земледелец, (крестьянин).

Поступил в клинику 14/X 1926 г. с жалобами на общую слабость, исхудание, а в последнее время на жажду и обильное и частое мочеиспускание.

Заболел год тому назад. Больной почувствовал сильную жажду, стал много пить, сильно худеть и резко физически ослабел. Врачи констатировали у больного диабет и приписали диэту с ограничением углеводов. После такой диэты больному стало лучше, уменьшилась жажда. Эта ремиссия продолжалась два с половиной—три месяца. Больной стал злоупотреблять пищей, к нему вернулась жажда, он стал худеть и слабеть по дням. Больной обратился в участковую больницу, откуда его направили в клинику. Суточное количество сахара мочи при поступлении 137,0.

Случай II-й. Больной С—ков, 30 лет, женат, каменщик (рабочий). Поступил в клинику 27/X 1926 г. с жалобами на общую слабость, боли в ногах, чрезмерный аппетит и жажду, сухость во рту, сердцебиения при работе и движениях. 1½ года тому назад у него появились волчий аппетит и сильнейшая жажда и, несмотря на обильную пищу, стал худеть и все больше ослабевал. Потеря в весе за это время 2 пуда 10 фун. Обращался часто к врачам, но врачебная помощь не дала ему облегчения. Лишь 3 недели тому назад, врач констатировал у него диабет и направил его в клинику.

Перед заболеванием пережил очень сильный испуг, вмешавшись в ножевую драку.

В последний год страдает импотенцией. Кожа суха и видимые слизистые бледны, на коже шелушение и сыпь.

Отсутствуют сухожильные рефлексии. Суточное количество сахара мочи при поступлении 550,0.

Случай III-й. Больная Ш—на, 51 года, замужем, домашняя хозяйка. Поступила 8/XII 1926 г. с жалобами на общую слабость, головные боли, сердцебиение и исхудание, обильное выделение мочи, жажду, зуд в разных частях кожи, особенно на подошвах ног. 8 лет тому назад начала испытывать общее недомогание, раздражительность, пугливость, заметно худеть. Врачи диагносцировали неврастению. 4 года тому назад появились припадки с подергиванием конечностей, помутнением в глазах и потерей сознания. В последнее время припадки участились. В 1915 г. перенесла операцию удаления яичников. Суточное к-во при поступлении сахара в моче 113,0,

Случай IV. Больная Х—ц., 50 лет, домхозяйка, замужняя. Поступила 29/XII 1926 г. с жалобами на обильное мочеиспускание, сильную жажду, усиленный аппетит. Началось это у нее 3 года тому назад. В течение указанного времени не соблюдала никакой диэты и чувствовала себя сравнительно удовлетворительно. В последнее время чувствует себя хуже, головокружения. Сахар в крови при поступлении 0,18 проц., в моче 151,0.

Случай V. Больной К—ин, 31 года, женат, земледелец (крестьянин). Поступил 3/IV 1926 г. с жалобами на слабость, жажду и волчий аппетит. Выпивает 2-3 ведра воды в день, много ест, но худеет. Заболел год тому назад. Обратился к врачу, который назначил ему порошки и рыбий жир, но от них больному не стало лучше. Осенью прошлого года поступил в Витебскую больницу, где пробыл 3 месяца на диэте и принимал ванны, отчего почувствовал себя лучше. Когда больной выписался из больницы, то ему снова стало хуже. Он тогда поехал в Минск и был направлен к нам в клинику. Болел lues'ом.

Суточное количество сахара в моче при поступлении в клинику 666,0.

Таблицы иллюстрирующие методику изучения и результаты лечения диабетиков

Больной Л—ов

Число	Состав пищи		Белки	Жиры	Углеводы	Число калорий	Сахарная ценность	Колич. усвоем. сахара по отношению к углеводам	Колич. усвоем. сахара по отношению к сахарн. ценност	Количество выпитой жидкости
						1)	2)	3)		
20/X 26 г.	Хлеба черн.	100 гр.	5,8	0,1	48.7	1273	89.68	—80.2	—48,12	1650,0
	Масла	100 „	0.7	81,2	0.5					
	Мяса жирного	150 „	29.4	10,5	—					
	Капусты	200 „	2.6	0,2	8.4					
			38.5	92.0	57,6					
21/X	Хлеба черн.	100 гр.	5.8	0.1	48,7	1234.8	84.4	—59.3	—28,3	2400
	Масла	100 „	0.7	81.2	0.5					
	Мяса жирного	150 „	29,4	10.5	—					
	Капусты	100 „	1.3	0,1	4,2					
			37.2	91,9	53.4					
22/X	Хлеба черн.	200 гр	11.6	0.2	97.4	1330.1	129.3	—16.2	— 1.6	1650
	Масла	100 „	0,7	81,2	0.5					
	Капусты	400 „	5,2	0.1	16.8					
			17.5	81.8	114.7					
23/X	Idem		—	—	—	—	—	+57,7	+72,3	1400
24/X	Хлеба черн.	150 гр.	8.7	0.15	73	886.5	114,5	—25.4	—12,9	1750
	Масла	50 „	0,35	40.6	0.25					
	Капусты	400 „	5.2	0.4	16,8					
	Яблок	100 „	0.3	—	12.0					
			14.55	40,25	102.05					
25/X	Idem		—	—	—	—	—	—40.1	—25.6	1800
26/X	Хлеба черн.	150 гр.	8.7	0.15	73,0	1262.7	114.8	— 41.7	—29.2	2350
	Масла	100 „	0,7	81.2	0,5					
	Капусты	200 „	2.6	0.2	8,4					
	Яблок	100 „	0,3	—	12.0					
	Огурцов	200 „	2,6	0.2	8,4					
			14.9	81.75	102.3					
27/X	Idem		—	—	—	—	—	—54.2	—66,7	2150
28/X	Idem		—	—	—	—	—	+24,9	+36.4	2100
29/X	Хлеба черн.	150 гр	8,7	0,18	73	1931	92.9	+28,7	+39.7	2000
	Масла	100 „	0,7	81.2	0,5					
	Капусты	200 „	2,6	0.2	8.4					
	Сала свиного	100 „	1.2	85.7	—					
			13.2	167,28	81,9					

Количество выделяемой мочи	Удельн. вес мочи	% % сахара	Суточное количество сахара	Ацетон	Ацето-уксусная к-та	Вес больного	Примечание
	4)			5)			
1540,0	дн. 1039 веч. 1041	д. 7,4 в. 7,9	137,8	+++	+	3 п. 23 ф.	
1425	д. 1040 в. 1043	д. 7,2 в. 8,6	112,7	++++	+	3 п. 25 ф.	
1350	д. 1044 в. 1040	д. 9,6 в. 9,8	130,0	++++	++	3 п. 24 ф.	
1000,0	д. 1027 в. 1043	5,7	57,0	+	нет	3 п. 26 ф.	
2600	д. 1025 в. 1033	д. 2,6 в. 7,2	127,4	++	следы	„	
2350	д. 1043 в. 1033	д. 2,6 в. 8,6	142,1	++	+	„	
2150	д. 1033 в. 1035	6,7	144,0	—	—	3 п. 28 ф.	
2650	1037	6,4	169,0	нет	нет	3 п. 26 ф.	
2150	1025	3,6	74,4	—	—	3 п. 22 ф.	
1900	1029	2,8	53,2	—	—	3 п. 21 ф.	

Некоторые пояснения к таблицам.

1) Калораж исчисляется умножением к-ва белков и углеводов на 4,5, а жиров на 9.

2) Сахарная ценность слагается из углеводов + $^5/_6$ белков, напр. 20/X—

$$57,6 + \left(\frac{38,5.5}{6} = 32,08\right) = 89,68.$$

3) К-во усвояемого сахара по отношению к углеводам и сахарной ценности представляет собою сахарный баланс, который бывает положительным, если выделено сахара мочей меньше принятого пищей и отрицательным, если выведено больше сахара. Исчисляется вычитанием выделенного сахара из углеводов и сахарной ценности пищи.

4) Качественная проба мочи на сахар производилась чувствительным реактивом Hajnesa, количественное определение—поляризационным аппаратом.

5) Исследование на ацетон—нитропруссидиатр., а на ацетоуксусную кислоту — полуторахлористым железом.

Число	Состав пищи		Белки	Жиры	Углеводы	Число калорий	Сахарная ценность	Колич. усвояем. сахара по отчошению к углеводам	Колич. усвояем. сахара по отчошению к сахарн. ценност	Количеств выпитой жидкости
30/X	Idem		—	—	—	—	—	+44.7	+55,7	1600
31/X	Хлеба черн. . .	100 гр.	5.8	0.1	48,7	2186,2	64.7	—18,4	—11,7	1800
	Масла	100 „	0.7	81,2	0.5					
	Сала свиного . .	150 „	1,8	128,5	—					
	Яблок	100 „	0,3	—	8.4					
			8.6	209,8	57.6					
1/XI	Хлеба черн. . .	100 гр.	5.8	0,1	48,7	1806.3	65.3	+ 8,1	+15.8	1500
	Масла	100 „	0,7	81.2	0.5					
	Сала свиного . .	100 „	1.2	85,7	—					
	Капусты	200 „	2,6	0,2	8.4					
			9,3	167,2	57.6					
2/XI	Хлеба черн. . .	100 гр.	5.8	0.1	48,7	1862.1	76.8	+26,8	+37.6	1050
	Масла	100 „	0.7	81,2	0,5					
	Сала свиного . .	100 „	1,2	85,7	—					
	Капусты	400 „	5,2	0,4	16,8					
			12,9	167,4	66.0					
3/XI	Idem		—	—	—	—	—	+66	+76.8	1400
4/XI	Idem		—	—	—	—	—	—	—	1000
5/XI	Idem		—	—	—	—	—	—	—	1050
6/XI	Хлеба черн. . .	100 гр.	5.8	0.1	48,7	2020	87.5	+66,6	+87,5	1025
	Масла	100 „	0,7	81,2	0.5					
	Сала.	100 „	1,2	85.7	—					
	Капусты	400 „	5,2	0,4	16,8					
	Яиц	2 шт.	12,2	11.2	0,6					
			25.1	178,6	66.8					
7/XI	Idem		—	—	—	—	—	+42,3	+63.2	1100

Количество выделяемой мочи	Удельн. вес мочи	$^0/_0$ сахара	Суточное количество сахара	Ацетон	Ацето-уксусная к-та	Вес больного	Примечание
1550	1030	2.4	37,2	—	—	3 п. 21 ф.	
1900	1031	4.0	76,0	—	--	3п. 20$^1/_2$ф.	
1500	1030	3.3	49.5	—	--	3 п. 18 ф.	
1400	1026	2.8	39,2	следы	—	—	
900	1022	—	—	слабо	—	3 п. 17 ф.	
800	1023	—	—	—	--	3 п. 16 ф.	
950	1024	—	—	—	—	3 п. 17 ф.	
975	1022	—	—	--	—	»	
1350	1023	1,8	24,3	++	—	3 п. 16 ф.	0,155$^0/_0$ сахара в крови

Число	Состав пищи		Белки	Жиры	Углеводы	Число калорий	Сахарная ценность	Колич. усвояем. сахара по отношению к		Количество выпитой жидкости
								углеводам	сахарн. ценност	
8/XI	Хлеба черн. . .	100 гр.	5.8	0.1	48.7	1954	74,8	+54,6	+71.6	1100
	Масла	100 „	0.7	81.2	0.5					
	Сала	100 „	1,2	85,7	—					
	Яблок	100 „	0,3	—	8.4					
	Яиц	2 шт.	12.2	11,2	0.6					
			20.2	178.2	57.85					
9/XI	Хлеба	100 гр.	5.8	0.1	48.7	1566	74.1	+50.6	+66,9	800
	Масла	100 „	0.7	81.2	0,5					
	Сала	50 „	0.6	42.8	—					
	Яблок	100 „	0.3	—	8.4					
	Яиц	2 шт.	12,1	11.2	0.6					
			19.6	135.3	57.85					
10/XI	Хлеба черн. . .	100 гр.	5.8	0,1	48,7	1512	84.5	+74	+84.5	1050
	Масла	100 „	0,7	81,2	0.5					
	Сала	50 „	0.6	42.8	—					
	Капусты	400 „	5.2	0.4	16.8					
	Яблок	100 „	0.3	—	8.4					
			12.6	124.5	74.05					
11/XI	Хлеба черн. . .	100 гр.	5,8	0.1	48.7	1583.1	86,8	+73.1	+84,7	1075
	Масла	100 „	0,7	81.2	0.5					
	Сала	50 „	0,6	42.8	—					
	Капусты	400 „	5.2	0.4	16.8					
	Сметаны	30 „	1.15	6.9	1.25					
	Яблок	100 „	0,3	—	8,4					
			13.75	131.4	75.25					
12/XI	Хлеба	100 гр.	5,8	0,1	48.7	1426.5	99,2	+77.1	+99.2	1000
	Масла	100 „	0.7	81,2	0,5					
	Сметаны . . .	60 „	2.3	13.8	2.5					
	Капусты	400 „	5.2	0.4	16.8					
	Яблок	100 „	0.3	—	8,4					
	Яиц	2 шт.	12,2	11.2	0,6					
			26.5	106,7	77.1					

Количество выделяемой мочи	Удельн. вес мочи	$^0/_0$ сахара	Суточное количество сахара	Ацетон	Ацето-уксусная к-та	Вес больного	Примечание
800	1023	0,4	3.2	+	—	3 п. 13 ф.	
900	1021	0.8	7,2	+	—	3п. 13 1/2 ф.	
1000	1020	—	—	—	—	3 п. 12 ф.	
1050	1021	0.2	2,1	±	—	3 п. 13 ф.	
1075	1020	—	—	—	—	„	

Больной С—ов

Число	Состав пищи		Белки	Жиры	Углеводы	Число калорий	Сахарная ценность	К-во усвояем. сахара по отношению к углеводам	К-во усвояем. сахара по отношению к сахарн. цен.	Количество выпитой жидкости
30/X 26 г.	Хлеба черн.	600,0 гр.	34,8	0,6	292,2	2523,5	384,1	—217,3	—165.9	7350,0
	Картофеля	200 „	6.6	—	40,0					
	Мясная котлета	100 „	19,6	7,0	—					
	Масла	100 „	0,7	81.2	0.5					
	Бульону	200 гр.	—	20 кал.	--					
			61.7	88.8	332,7					
31/X	Хлеба черн.	100 гр.	5,8	0.1	48.7	1236,1	92,4	— 135,6	— 109,2	2300
	Масла	100 „	0,7	81.2	0,5					
	Мяса	100 „	19,6	7.0	—					
	Капусты	400 „	5,2	0.4	16.8					
			31.3	88.7	66,0					
1/XI	Хлеба	100 гр.	5,8	0.1	48.7	1075	75.7	— 25.2	— 15,5	1850
	Масла	100 „	0,7	81,2	0,5					
	Капусты	400 „	5.2	0.4	16,8					
			11,7	81.7	66,0					
2/XI	Idem		—	—	—	—	—	— 9,4	+ 0,3	1600
3/XI	Хлеба черн.	150 гр.	8,7	0.15	73.0	1262,6	114.8	— 20.1	— 7.6	2000
	Масла	100 „	0.7	81.2	0,5					
	Капусты	400 „	5.2	0.4	16.8					
	Яблок	100 „	0.3	--	12,0					
			14.9	81,75	102,3					
4/XI	Idem		—	—	—	—	—	— 5,7	+ 6.8	1800
5/XI	Хлеба черн.	150 гр	8,7	0,15	73,0	1365,3	136.6	— 3.4	+ 14,4	2100
	Масла	100 „	0.7	81.2	0.5					
	Капусты	800 „	10,4	0,8	33,6					
	Яблок	100 „	0,3	—	12,0					
			20.1	82.15	119.1					
6/XI	Хлеба черн.	150 гр.	8.7	0,15	73.0	1330	123,7	+ 43.1	+ 57,7	1700
	Масла	100 „	0.7	81,2	0,5					
	Капусты	800 „	10,4	0.8	33.6					
			19.8	82.15	107.1					

Количество выделенной мочи	Удельный вес мочи	% сахара	Суточное к-во выдел. сахара	Ацетон	Ацето-уксусная кислота	Вес больного	Инсулин	Примечание
6400,0	1040	8,6	550.0	++	следы	4 п. 8 ф.	—	
2800	1038	7,2	201,6	++++	слабо выражено	—	—	
1600	1041	5,7	91.2	++++	резко выражено	—	—	
1450	1042	5.2	75.4	+++	слабо	4 п. 9 ф.	—	
1700	1042	7,2	122,4	++++	++++	4 п. 12 ф.	—	
1800	1043	6,0	108,0	+++	++	4 п. 14 ф.	—	
2150	1041	5.7	122.6	+++	+++	4 п. 16 ф.	—	
2200	1033	3,0	66,0	+++	++	4 п. 15,5 ф.	—	

Число	СОСТАВ ПИЩИ		Белки	Жиры	Углеводы	Число калорий	Сахарная ценность	К-во усвояем. сахара по отношению к		Количество выпитой жидкости
								углеводам	сахарн. цен.	
7/XI	Хлеба . . . Масла . . . Капусты . . .	100 гр. 50 „ 800 „	5,8 0,35 10,4	0,1 40,6 0.8	48,7 0,25 33,6	819	96,3	+31,6	+ 45,9	1700
			16,55	41,5	82,55					
8/XI	I d e m . . .		—	—	—	—	—	+13,8	+ 36,3	1750
9/XI	I d e m . . .		—	—	—	—	—	+54,5	+ 68,3	1700
10/XI	I d e m . . .		—	—	—	—	—	+16,5	+ 30,3	1600
11/XI	Овсянки . . . Масла . . .	250 гр. 100 „	33,2 0,7	0,6 81,2	160,0 0,5	1611	188,8	+61,5	+ 89,8	1300
			33,9	81,8	160,5					
12/XI	I d e m . . .		—	—	—	—	—	+75,3	+103,6	1250
13/XI	Овсянки . . . Масла . . .	200 гр. 100 „	26,5 0,7	0,48 81,2	128,4 0,5	1438,2	151,5	+37,7	+ 60,3	1200
			27,2	81,68	128,9					
14/XI	I d e m . . .		—	—	—	—	—	+56,9	+ 79,5	1150
15/XI	I d e m . . .		—	—	—	—	—	+59,9	+ 82,5	1100
16/XI	Хлеба черн. . Масла . . . Капусты . . . Сметаны . . . Яблок . . . Яиц	150 гр. 100 „ 800 „ 60 „ 100 „ 4 шт.	8,7 0,7 10,4 2,3 0,3 24,4	0,15 81,2 0,8 13,8 — 22,4	73,0 0,5 33,6 2,5 8,4 1,2	1811,7	158,3	+ 4,2	+ 43,3	1600
			46,8	118,35	119,2					
17/XI	I d e m . . .		—	—	—	—	—	−30,4	— 1,3	1550
18/XI	I d e m . . .		—	—	—	—	—	+35,2	+ 74,3	1550
19/XI	I d e m . . .		—	—	—	—	—	−78,7	— 39,7	1500
20/XI	I d e m . . .		—	—	—	—	—	+35,2	+ 74,3	1400

Количество выделенной мочи	Удельный вес мочи	$^0/_0$ сахара	Суточное к-во выдел. сахара	Ацетон	Ацето-уксусная кислота	Вес больного	Инсулин	Примечание
1800	1039	2,8	50,4	+++	++	4 п. 15 ф.	—	
2000	1035	3,0	60,0	++	+	4 п. 13 ф.	—	0,18 % сахара в крови
2800	1020	1,0	28,0	++	+	4 п. 7 ф.	—	
3000	1025	2,2	66,0	++	++	4 п. 4 ф.	—	
3000	1021	3,3	99,0	++	++	4 п. 1 ф.	—	
2750	1018	3,1	85,2	+	±	3 п. 37 ф.	—	
1900	1033	4,8	91,2	++	+	4 п. 5 ф.	—	
1500	1038	4,8	72,0	++	+	4 п. 5 ф.	—	
1500	1038	4,6	69,0	++	+	4 п. 5 ф.	—	
2880	1030	3,4	115,0	++	+	4 п. 3 ф.	—	
2800	1038	5,7	159,6	+	±	4 п. 5 ф.	—	
3000	1030	2,8	84,0	+++	++	4 п.	—	
3000	1035	6,6	198,0	++	+	—	—	
3000	1032	2,8	84,0	++	+	4 п. 1 ф.	10 ед.	

Число	СОСТАВ ПИЩИ	Белки	Жиры	Углеводы	Число калорий	Сахарная ценность	Колич. усвояем. сахара по отношению к		Количество выпитой жидкости
							углеводам	сахарн. ценност	
21/XI	Idem	—	—	—	—	—	+ 18,8	+ 47.9	1750
22/XI	Idem	—	—	—	—	—	+ 80,2	+119 3	1600
23/XI	Idem	—	—	—	—	—	+100.7	+139,8	1350
24/XI	Idem	—	—	—	—	—	+105.2	+144.3	1400
25/XI	Idem	—	—	—	—	—	+ 79.2	+108.3	1400
26/XI	Idem	—	—	—	—	—	+ 99,4	+138.5	1400
27/XI	Idem	—	—	—	—	—	+105.7	+144,8	1400
28/XI	Idem	—	—	—	—	—	+113,8	+152,9	1400
29/XI	Idem	—	—	—	—	—	+104,7	+143,8	1400
30/XI	Idem	—	—	—	—	—	+102.4	+141,5	1300
1/XII	Idem	—	—	—	—	—	+114,2	+153,3	1300
2/XII	Idem	—	—	—	—	—	+116,2	+155,3	1300
3/XII	Idem	—	—	—	—	—	+119.2	+158,3	1300
4/XII	Idem	—	—	—	—	—	+115,6	+154,7	1300
5/XII	Idem	—	—	—	—	—	+113.2	+152,3	1250
6/XII	Idem	—	—	—	—	—	+119.2	+158.3	1300
7/XII	Idem	—	—	—	—	—	+115,9	+155.0	1300
8/XII	Idem	—	—	—	—	—	+119,2	+158.3	1300
9/XII	Idem	—	—	—	—	—	+111,8	+150.9	1300
10/XII	Idem	—	—	—	—	—	+116,0	+155,1	1600
11/XII	Idem	—	—	—	—	—	+106.6	+145,7	1300
12/XII	Idem	—	—	—	—	—	+115,2	+154,3	1250
13/XII	Idem	—	—	—	—	—	+ 75.2	+114,3	1300
14/XII	Idem	—	—	—	—	—	+ 76,0	+115,1	900
15/XII	Idem	—	—	—	—	—	+119,2	+158,3	1600
16/XII	Idem	—	—	—	—	—	+ 92,8	+131,9	1600
17/XII	Idem	—	—	—	—	—	+ 73,6	+112.4	1600
18/XII	Idem	—	—	—	—	—	+119,2	+158.3	1650
19/XII	Idem	—	—	—	—	—	+119,2	+158,3	1500
20/XII	Idem	—	—	—	—	—	+109,2	+148.3	1600

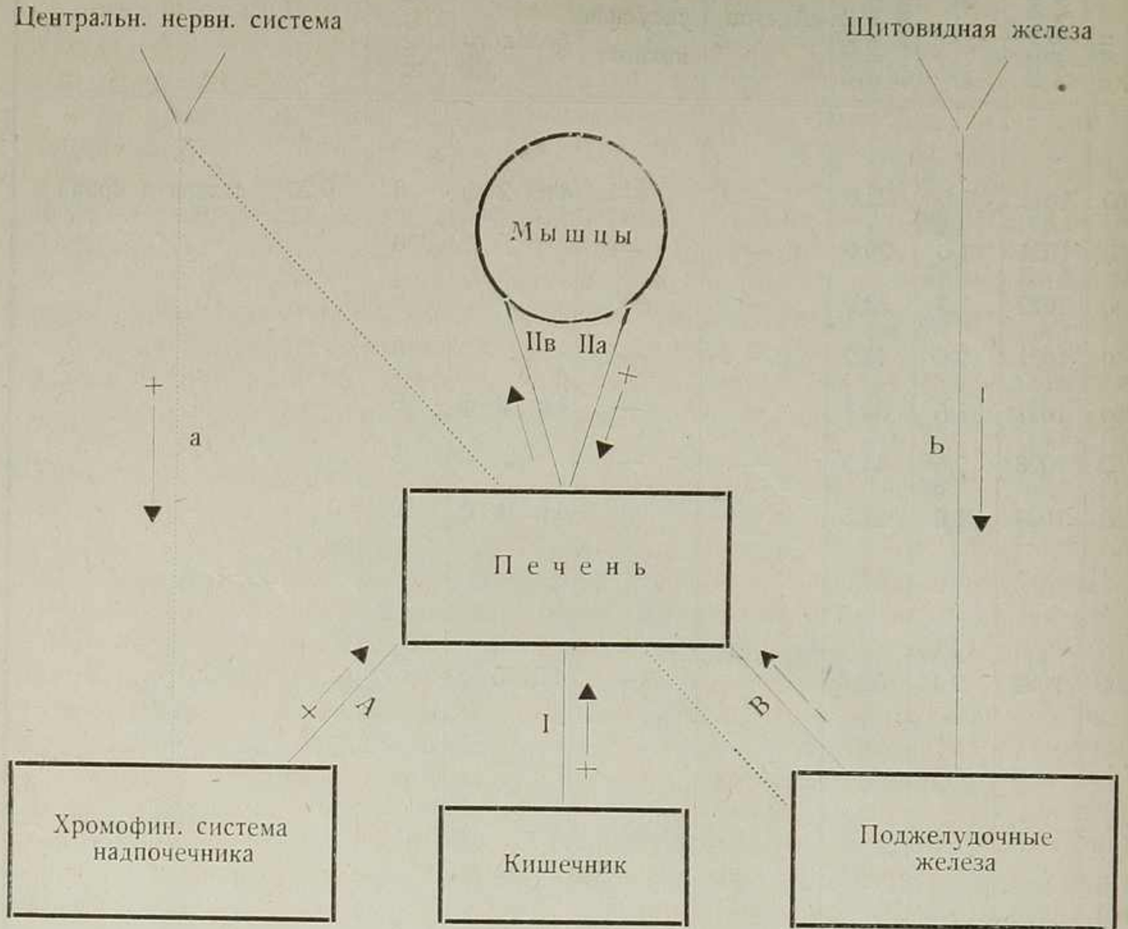
Количество выделяемой мочи	Удельный вес мочи	$^0/_0$ сахара	Суточное к-во выдел. сахара	Ацетон	Ацето-уксусная кислота	Вес больного	Инсулин	Примечание
1950	1042	5.2	100.4	++++	—	4 п. 2 ф.	16 ед.	
1950	1020	2.0	39.0	—	—	4 п. 1 ф.	32	
1850	1022	1,0	18.5	—	--	4 п. 2 ф.	30	
1400	1024	1,0	14.0	+	—	„	30	
1350	1030	3,0	40.0	+	—	„	25	0,208$^0/_0$ сахара в крови
2200	1026	0,9	19.8	+	—	„	25	
2250	1024	0,6	13.5	+	—	„	25	
2700	1020	0,2	5.4	±	—	„	25	
1450	1022	1.0	14.5	±	—	4 п. 1$^1/_2$ ф.	20	
2100	1020	0,8	16.8	—	—	4 п. 3 ф.	20	
2500	1020	0.2	5.0	—	—	4 п. 5 ф.	20	
1750	1020	0.2	3.0	—	—	4 п. 4 ф.	20	
1650	1018	—	—	±	—	4 п. 3 ф.	16	
1800	1020	0.2	3.6	—	—	4 п. 2 ф.	16	
1500	1020	0.4	6.0	—	—	4 п. 1$^1/_2$ ф.	16	
1650	1018	—	—	±	—	„	12	
1650	1018	0.2	3.3	±	—	4 п. 2 ф.	12	
1600	1019	—	—	±	—	„	10	
1500	1021	0.5	7.5	±	—	„	10	
1300	1022	0.2	3.2	—	—	4 п. 3 ф.	8	
2100	1023	0.6	12.6	±	—	4 п. 2 ф.	8	
1900	1021	0,2	3.8	±	—	„	8	
1850	1025	2,4	44.0	—	—	„	8	испорчен. старый инсулин
1200	1026	3.6	43.2	+	—	„	8	
2000	1021	--	--	+	—	4 п. 3 ф.	—	
2200	1022	1.2	26,4	±	—	4 п. 2 ф.	—	
1900	1023	2.4	45.6	+	—	„	—	
1500	1020	—	—	—	—	„	8	
1700	1020	—	--	+	—	„	8	
2700	1023	0.4	10.8	—	—	„	8	0,23$^0/_0$ сахара в крови

Число	Состав пищи		Белки	Жиры	Углеводы	Число калорий	Сахарная ценность	Колич. усвояем. сахара по отношению к углеводам	Колич. усвояем. сахара по отношению к сахарн. ценност	Количество выпитой жидкости
21/XII	Idem . . .		—	—	—	—	—	+ 97.2	+136,3	1600
22/XII	Idem . . .		—	—	—	—	—	+ 99.2	+138,3	1600
23/XII	Idem . . .		—	—	—	—	—	+ 86.2	+125,3	1600
24/XII	Idem . . .		—	—	—	—	—	+ 75,0	+114.1	1650
25/XII	Idem . . .		—	—	—	—	—	+ 85.5	+124,6	1800
26/XII	Idem . . .		—	—	—	—	—	+ 75,0	+114,1	1700
27/XII	Idem . . .		—	—	—	—	—	+ 96,7	+135,8	1700
28/XII	Хлеба черн. . .	100 гр.	5,8	0,1	48,7	1872,5	167,0	+ 75,6	+114,7	1700
	Картофеля . .	150 „	2,2	0,15	24,0					
	Масла . . .	50 „	0,3	40,6	0,2					
	Сметаны . . .	60 „	2,3	13,8	2.5					
	Сала свин. . .	50 „	0,6	42,8	—					
	Капусты . . .	800 „	10,4	0,8	33,6					
	Яблок . . .	100 „	0,3	—	8,4					
	Яиц	4 шт.	24,4	22,4	1,2					
			46,3	120,6	128,4					
29/XII	Idem . . .		—	—	—	—	—	+ 74,4	+113.5	1650
30/XII	Idem . . .		—	—	—	—	—	+ 28,4	+ 67,5	1600
31/XII	Idem . . :		—	—	—	—	—	+ 24.4	+ 63,5	1600
1/I 27г.	Idem . . .		—	—	—	—	—	+ 23,4	+ 62.5	1600
2/I	Idem . . .		—	—	—	—	—	+ 29.6	+ 68,2	1750
3/I	Idem . . .		—	—	—	—	—	- 18,6	+ 20.5	1900
4/I	Idem . . .		—	—	—	—	—	— 12,4	+ 26,2	1900
5/I	(голодный день) Капусты . . .	600 гр.	7,8	0,6	25,2	153,9	31,7	+ 15,4	+ 21,9	1500
6/I	Капусты . . .	800 гр.	10.4	0,8	33,6	1311	123.6	+ 73,5	+ 90,0	1600
	Хлеба . . .	150 „	8,7	0,15	73.0					
	Масла . . .	100 „	0.6	81,2	0,5					
			19.7	82.15	107,1					

7-го Больной выписался по семейным обстоятельствам.

Количество выделяемой мочи	Удельный вес мочи	$^0/_0$ $^0/_0$ сахара	Суточное к-во выдел. сахару	Ацетон	Ацето-уксусная кислота	Вес больного	Инсулин	Примечание
2200	1021	1,0	22,0	—	—	4 п. 2 ф.	6	0.25% сахара в крови
2000	1021	1,0	20,0	—	—	„	6	
2200	1022	1,5	33,0	—	—	„	6	
1750	1021	2,6	44 2	—	—	„	6	
2250	1022	1,5	33.7	+	—	4 п. 3 ф.	6	
1750	1023	2.6	44.2	+	—	„	6	
2250	1024	1,0	22.5	±	—	4 п. 5 ф.	10	
2200	1022	2.4	52,8	±	—	4 п. 5 ф	10	
1500	1020	3.6	54.0	—	—	„	8	
2000	1026	5.0	100.0	±	—	4 п. 4 ф.	8	
2000	1033	5.2	104.0	±	—	„	20	Б-ной с‘ел без ведома врача 2 раза по 1/2 ф. хлеба!
2100	1040	5.0	105.0	+	—	„	12	
1900	1039	5.2	98.8	+	—	„	10	
2100	1040	7.0	147	+	—	„	—	
2200	1038	6.4	140.8	++	—	„	—	
1400	1025	0.7	9.8	+++	++	„	—	
2100	1030	1.6	33.6	++	±	„	16	

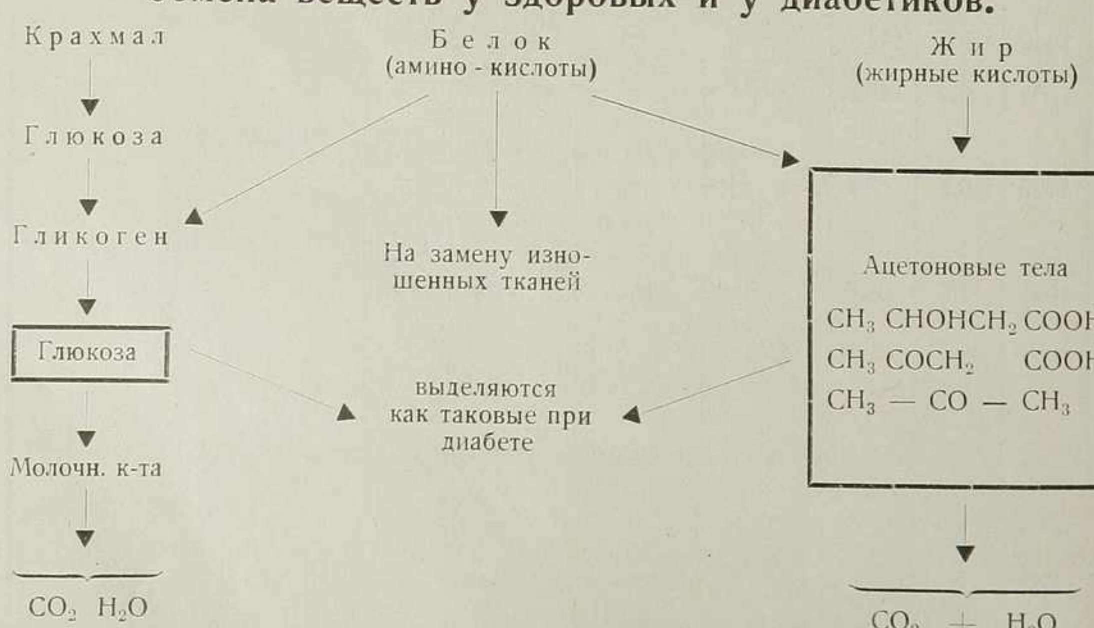
СХЕМА № 1
системы заведующей усвоением и расходованием углеводов по v. Noorden'y.



.... Нервный путь.
———————— Кровян. путь.
А и В: Гуморальн. Регуляторы.
Путь I: Углевод. импульсы к печени

Путь IIа: Требование тканей на глюкозу.
„ IIв: Транспорт печенью глюкозы к тканям.
Пути а и Ь: Воздейств. усиливающ. влияние надпочечника и панкреаса.

СХЕМА № 2
обмена веществ у здоровых и у диабетиков.



Заканчивая наше сообщение позволим себе сделать некоторые выводы.

Выводы.

1. Сахарная болезнь вовсе не является привиллегией „богатых", как это было принято думать, а поражает самые разнообразные, широкие слои населения, что видно из наших больных.

2. Больные часто являются к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, исхудание, не указывая на усиленную жажду, полиурию и проч. Делаются различные назначения, которые оказываются безуспешными, пока через долгое время после многократных посещений не возникает подозрение на диабет.

3. Так как ранняя стадия диабета является благодарным материалом для терапевта, сулящим верные и хорошие результаты, то при всяком случае неясных жалоб больного следует всегда вспомнить о диабете и производить исследования суточного количества мочи больного на сахар.

4. Раннее распознавание диабета при систематическом исследовании мочи у больных должно стать первым профилактическим мероприятием в борьбе с этой болезнью.

5. Вследствие различных индивидуальных особенностей диабетиков, необходимо испытать все режимы диэты в течение 4-6 недель, чтобы соответственно подобрать наиболее способную повышать толерантность больного. Шаблонное назначение диэты, без определения толерантности, как это бывает в амбулаторной практике не достигает цели и бесполезно.

В заключение выражаем свою благодарность проф. Гаусману за тему и руководство работой, д-ру Флекелю за любезное предоставление литературы и клинического материала, д-рам Хургину и Липецу за ценные указания по лабораторной технике при производстве биомикрохимических исследований.

Литература.

1. Лекции о диабете проф. Гаусмана, читанные на 4-ом курсе медфака БГУ 1926-27 г.
2. Смородинцев. „Вестник Эндокринологии" № 2 за 1925 г.
3. Ludolf Krehl. Патологическая физиология 1900 г.
4. Brugsch и Schittenhelm. „Руководство по клиническим методам исследования". 1921 г.
5. Акад. Чистович. „Курс частной патологии и терапии внутр. болезней". 1926 г.
6. Fischer (Hamburg). „Казанский Медицинский Журнал". № 5—6. 1826 г.
7. Noorden. „Сахарная болезнь" 1895 г.
8. Штауб. „Инсулин". Гос. Изд. 1925 г.
9. Falta. „Врачебное обозрение" № 4. 1925 г.
10. v. Noorden. „Клиническая медицина". № 6. 1926 г.
11. Коган-Ясный. „Терапевтич. значение инсулина". Прогр. докл. на IX с'езде терапевтов
12. Проф. F. Umber. „Сахарный диабет". 1926 г.
13. М. Михлин. „Вестник Современной Медицины". № 1. Изд. ЦК Медсантруд за 1927 г.
14. Г. Л. Магазиник. Лечение сахарного диабета, как проблема хирургии эндокринной системы (Одесса).
15. D-r Hermann Schall und d-r August Heisler. Nahrungsmitteltabelle zur Aufstellung und Berechnung von Diätverordnungen für Krankenhaus, Sanatorium und Praxis Würzburg 1912.

Сравнительная оценка методов окраски туберкулезных палочек по Ziehl—Neelsen'у и по Spengler'у.

(*Из факультетской терапевтической клиники Белорусского Государственного Университета.*

Директор,—проф. С. М. Мелких).

В. М. Поляк.

Выраженная картина туберкулеза легких узнается путем физического исследования и, вне всякого сомнения, устанавливается присутствием туберкулезных палочек в мокроте. Но если данные анализа неясны, а данные физического исследования легких сомнительны, тогда бактериоскопическая диагностика приобретает особенно важное значение. И поэтому всякий способ окраски туберкулезной мокроты, восполняющий недостатки классического способа Ziehl—Neelsen'a, который далеко невсегда открывает имеющиееся палочки, заслуживает большого внимания и интереса.

Как известно, существует целый ряд способов окраски туберкулезной мокроты, из коих одни представляют видоизменения в том или ином виде способа Ziehl—Neelsen'a, затем способы антиформинные и наконец, окраска по Much'y. Однако, целый ряд проверочно-сравнительных работ показывает, что ни один из этих способов не является в достаточной мере надежным. На это указывает факт широкого распространения способа Z.—N., несмотря на то, что он далеко не удовлетворяет работающих с ним, и дающий при сравнительных испытаниях с другими способами менее благоприятные результаты. Bandelier и Röpke считают, что только $^1/_{10}$ часть всех действительных I стадий туберкулеза выделяет мокроту, содержащую палочки. Бакмейстер указывает, что только в 20% клинически установленных начальных случаев туберкулеза в мокроте могут быть обнаружены палочки. Клемперер, наоборот, считает, что в 20% палочки не обнаруживаются; он же приводит цифры одного известного автора, у которого в 236 случаях III стадий tbc, палочки были найдены лишь в 65%. Д-р Бейлин из туберкулезной московской б-цы сообщает, что почти у половины больных разных стадий, отделявших мокроту, не удавалось обнаружить палочек Коха. Все это говорит за несовершенство существующих методов и за необходимость совершенствовать их или искать новых.

Вопрос о количестве палочек в мокроте не лишен большого значения. На это указывает целый ряд авторов-клиницистов, как Strümpell, Klemperer, Соколовский и другие. Они говорят, что при прогрессирующем распаде легочной ткани—палочек очень много, что постоянное массовое их присутствие указывает с несомненностью на тяжелое состояние и неблагоприятный прогноз, а улучшение состояния легких сопровождается уменьшением и исчезанием бацилл.

В настоящей работе мы коснемся только тех методов окраски, которые представляют в том или ином виде модификацию способа Ziehl—Neelsen'a. Все эти методы основаны на спирто и кислотоупорности вещества туберкулезной бациллы. Видоизменения способа окраски касаются трех моментов, из которых слагается окраска туберкулезной палочки, а именно: прокрашивания фуксином, обесцвечивания препарата и дополнительной окраски.

Одни исследователи прокрашивают фуксином до появления паров, другие до кипячения. Обесцвечивание производится разными реактивами в различных концентрациях.

Наконец дополнительная окраска препаратов производится то метиленовой синькой (Ziehl—Neelsen), то пикрином (Spengler, Jotten und Haarmann), малахитовой зеленью (Konrich), t-rae jodi (Kronberger) и т.д. Целью нашего исследования было произвести сравнительную оценку методов окраски туберкулезной палочки по Ziehl—Neelsen'у и по Spengler'у.

C. Spengler при наблюдении за ходом туберкулезного процесса в легких обращает большое внимание на количество палочек в окрашенных препаратах. Количество палочек в препарате может иметь значение только при том условии, если препарат—мазок приготовлен lege artis, и если он окрашен по способу, предложенному Spengler'ом. Это, так называемый, пикриновый способ, окрашивающий не только цельные хорошо сохранившиеся палочки, но и палочки с поврежденными оболочками (обломки палочек). Сущность этого способа состоит в следующем: фиксированный на огне мазок прокрашивают карболовым фуксином до появления паров, затем красят пикриновым раствором, [1]) обесцвечивают 70% спиртом и 15% азотной кислотой и дополнительно окрашивают вновь пикриновым раствором. При рассматривании препарата под микроскопом фон окрашен в желтоватый цвет, а туберкулезные палочки—в красный.

При сравнении микроскопических препаратов из одной и той же мокроты, но окрашенных разными способами, оказывается, как указывает Предтеченский, что на препарате, окрашенном пикриновым способом, палочек гораздо больше, чем по Z.—N. Об'ясняет он это тем, что на первом препарате окрашиваются также палочки с поврежденными оболочками. Geschke указывает, что почти во всех препаратах, окрашенных по Z.—N., он находил палочек в 5-6 раз меньше, чем при пикриновом способе Spengler'a. Он высказывает мысль о фиксирующем влиянии пикрина на предварительно окрашенные фуксином бациллы Коха. Нам эта мысль кажется наиболее правильной.

Любарский на основании своих 103 исследований мокроты приходит к выводу, что методы Weiss'a, Kronberger'a и Spengler'a превосходят значительно способ Ziehl'я. В лаборатории московской б-цы для туберкулезных больных велось на большом материале параллельное исследование мокрот по Z.—N. и по Spengler'у. По Ziehl'ю палочки найдены в 49,8%, по Spengler'у в 55,5%, при параллельной окраске всегда оказывалось по Spengler'у больше бацилл, чем по Z.—N. Обратных отношений ни разу не было.

Модификация способа Spengler'a, предложенная Jotten'ом и Haarmann'ом, заключающаяся в том, что после окрашивания фуксином мокроту обесцвечивают 15% азотной кислотой и только один раз окрашивают дополнительно пикрином, по мнению авторов, предложивших этот метод, имеет также преимущества перед окраской по Z.—N. На материале в 55 случаев они пришли к выводу, что при их способе окраски почти в каждой туберкулезной мокроте палочки находились

[1]) Acid. citric. 5,0 picronitr. 0,5. Aq. dest. 100,0 Spir. Vini 50,0.

в большем количестве, чем по Z.—N., а в одном случае их удалось найти, тогда как при окраске по Z.—N. они не были обнаружены. Озол из санит.-бактериологического и-та в Воронеже проводил сравнительную окраску по Z.—N. и Jotten—Haarmann'у. В значительном количестве случаев пикриновым способом ему удалось открыть бациллы в тех мокротах, где по Z.—N. их не находили (на 11,7 проц. меньше по Z.—N., чем по J.—H.). Этот автор об'ясняет преимущество пикринового способа тем, что на желтом фоне бациллы выделяются рельефнее и в большем количестве, чем на темном, а также тем, что пикриновый фон дает возможность делать мазки более толстыми. Зильбер из Харьковского тубинститута, проводивший сравнительную окраску по Z.—N., Spengler'у и Jotten—Haarmann'у, указывает на то, что при пикриновой окраске он во многих случаях находил больше палочек, чем по Z.—N., но почему-то этой разнице не придает значения. Но все же способ Spengler'а считает более надежным, нежели способ Jotten—Haarmann'а.

К недостаткам пикринового способа некоторые авторы относят мутность препарата, почти полное отсутствие клеточных элементов, утомляемость глаза исследующего при центрировании и рассматривании препарата. Но все же большинство исследователей считают пикриновые способы несомненно имеющими преимущества перед способом Ziehl—Neelsen'а.

Нами произведено исследование мокроты у 50-ти больных, находившихся на излечении в туберкулезных палатах факультетской терапевтической клиники БГУ с различными формами и стадиями туберкулеза легких. Техника исследования была следующая: из общей массы мокроты выбирались подходящие комочки и делались два мазка-близнеца; один из них окрашивался по Ziehl—Neelsen'у, другой по Spengler'у. При подсчитывании палочек обломки Spengler'а в расчет не принимались. Полученные нами результаты приведены в нижеследующих 5-ти таблицах (числитель в данной дроби указывает число бацилл, а знаменатель число полей зрения, на которое приходится указанное число бацилл).

Как видно из таблиц, из 50-ти больных, выделявших мокроту, у 10-ти палочек tbc не обнаружено, ни по Z.—N., ни по Spengler'у, что составляет 20 проц. Из этих 10-ти случаев—5 мы относим к одностороннему apicitis fibrosa и перибронхиту, 3 случая к туберкулезу эксудативно-продуктивному II стадии, компенсированному и субкомпенсированному; в 2-х случаях при дальнейшем наблюдении туберкулеза не оказалось (одна больная с Insufficientia mitralis, второй больной с долго неразрешившейся пнеймонией неспецифического характера).

В 11-ти случаях бациллы Коха найдены по Spengler'у и не найдены по Ziehl—Neelsen'у (22 проц.). Эти случаи относятся к продуктивным или эксудативным формам II и III стадий, почти во всех случаях субкомпенсированным.

У 9-ти больных (18 проц.) обнаружены по Z.—N. единичные бациллы в препарате, а по Spengler'у значительно больше: от $\frac{1}{8-10}$ z до $\frac{5-25}{1}$ z. Сюда относятся больные с продуктивными и эксудативными формами II—III стадий суб-и декомпенсированными.

У 16-ти больных по Z.—N. найдено $\frac{1-10}{4-5}$ z по Spengler'у $\frac{2-50}{1}$ z (32%), т. е. по Spengler'у во много раз больше. Это больные с формами эксудативными, продуктивными и кавернозными (Т. II—III).

Наконец, в 4-х случаях по Z.—N. обнаружено максимум $\frac{1-15}{1}$ z, в то время, как по Spengler'у каждое поле зрения усеяно бациллами, не поддающимися подсчету (8 проц.). Это случаи эксудативно-кавернозного туберкулеза III стадии.

Исходя из вышеизложенного, мы можем притти к следующим выводам:

1. Окраска пикриновым способом по Spengler'у дает возможность находить туберкулезные палочки в тех случаях, когда по Z.—N. они обнаружены не были (22 проц.), что имеет большое значение для диагностики туберкулеза.

2. Во всех случаях количество палочек по Spengler'у было во много раз больше, чем по Ziehl—Neelsen'у, что имеет значение в смысле прогноза и облегчает их нахождение.

3. Ни в одном случае не было найдено обратных отношений, т. е. ни разу не было найдено по Z.—N. и не найдено по Spengler'у, или по Z.—N. не было найдено больше палочек, чем по Spengler'у.

4. При исследовании туберкулезной мокроты предлагаем обязательно производить окраску по Spengler'у для нахождения палочек Коха и дополнительно по Ziehl—Neelsen'у для восполнения недостатка Spengler'овской окраски в тех случаях, когда требуется получить представление о форменных элементах и других микроорганизмах мокроты.

Таблица № 1.

№	ФАМИЛИЯ	Диагноз	Ziehl—Neelsen	Spengler
1	Б — ка	Apicitis dex. fibrosa compens.	Не найдено	Не найдено
2	Л — ч	Apicitis d. fibrosa compens.	"	"
3	Б — на	Apicitis d. fibrosa compens.	"	"
4	К — ич	Peribronchitis	"	"
5	Я — ич	TBC ex.-prod. T II B	"	"
6	С — ая	TBC d. fibrosa T II A	"	"
7	Х — ц	Hysteria. Insuff. valv. mitralis.	"	"
8	П — х	Apicitis d. fibrosa subcompens	"	"
9	Л — ич	TBC sin. ex.-prod. T II A	"	"
10	С — ч	Pneumonia non specific.	"	"

Таблица № 2.

№	ФАМИЛИЯ	Диагноз	Z.—N.	Spengler
1	К — н	TBC exud.-prod. T II C	Не найдено	Единичные в препарате
2	Ш — д	TBC produc. T II B	"	$\frac{2-3}{2-3}$ Z
3	П — ва	TBC ex.-prod. T III B	"	Единичные
4	М — ая	TBC exud. T II B	"	"
5	Л —ий	TBC ex.-prod. T II B	"	$\frac{2-20}{2-3}$ Z
6	Ш — т	TBC product. Emphys. pulm.	"	$\frac{1}{8-10}$ Z
7	В — ая	TBC fibrosa T I-II B	"	Единичные
8	П — а	TBC ex.-prod. T III B	"	15—20 в препарате
9	Ж — о	TBC exud. T III C	"	$\frac{1-5}{10-15}$ Z
10	С — в	TBC prod. T II B	"	Единичные
11	С — ца	TBC prod.-cav. T III A	"	$\frac{1}{8-10}$ Z

Таблица № 3.

№	ФАМИЛИЯ	Диагноз	Z.—N.	Spengler
1	Св — ч	TBC exud.-cav. T III C	Единичные	$\frac{5-25}{1}$ Z
2	Ст — ич	TBC exud. T I-II C	"	$\frac{1-5}{4-5}$ Z
3	П — ая	TBC exud.-prod. T III B	"	$\frac{5-25}{1-2}$ Z
4	Д — ич	TBC exud.-prod. T II B	"	$\frac{1-7}{2-3}$ Z
5	П — к	TBC pulm. sin. T II B	"	$\frac{2-3}{4-5}$ Z
6	Г — ч	TBC prod. T II B	"	$\frac{1}{8-10}$ Z
7	Б — ий	TBC prod. T II B	"	$\frac{1-10}{1}$ Z
8	М — ий	TBC exud. T II C	"	$\frac{1-5}{2-3}$ Z
9	Н — ик	TBC pr.-exud. T II B	"	$\frac{1-5}{1-3}$ Z

Таблица № 4.

№	ФАМИЛИЯ	Диагноз	Z.—N.	Spengler
1	К — ая	TBC prod. T II B	$\frac{1-5}{3-5}$ Z	$\frac{5-25}{1}$ Z
2	П — ик	TBC exud. T II B	$\frac{1-2}{2-4}$ Z	$\frac{5-20}{1}$ Z
3	Ф — ич	TBC prod. exud. T II B	$\frac{1-6}{3-4}$ Z	$\frac{3-20}{1}$ Z
4	С — ий	TBC exud. cavern. T III C	$\frac{1-5}{4-5}$ Z	$\frac{1-10}{1}$ Z
5	М — ко	TBC exud. T III B	$\frac{1-3}{1-2}$ Z	$\frac{5-30}{1}$ Z
6	Ш — ов	TBC exud. p. T II B	$\frac{1-2}{2-3}$ Z	$\frac{7-15}{1}$ Z
7	Л — ок	TBC exud. T III C	$\frac{1-5}{2-4}$ Z	$\frac{10-40}{1}$ Z
8	С — ц	TBC exud. T III C	$\frac{1-3}{2-4}$ Z	$\frac{2-15}{1-2}$ Z
9	П — ко	TBC exud. T II A	$\frac{1}{8-10}$ Z	$\frac{2-5}{2-3}$ Z
10	Г — ая	TBC exud.-cavern. T III C	$\frac{1-5}{1}$ Z	$\frac{5-50}{1}$ Z
11	Ц — н	TBC exud.-prod. T II B	$\frac{1-4}{1-2}$ Z	$\frac{10-30}{1}$ Z
12	П — ая	TBC exud-prod. T III B	$\frac{1-2}{1}$ Z	$\frac{5-20}{1}$ Z
13	В — ий	TBC prod. T I-II B	$\frac{1-2}{2-3}$ Z	$\frac{2-15}{1}$ Z
14	Б — ук	TBC exud. T II B	$\frac{1}{6-8}$ Z	$\frac{2-10}{1}$ Z
15	Д — ич	TBC exud.-prod. T III B	$\frac{1}{6-8}$ Z	$\frac{1-2}{2-3}$ Z
16	Т — н	TBC prod. T II-III B	$\frac{1-3}{1-3}$ Z	$\frac{5-25}{1}$ Z

Таблица № 5.

1	К — ль	TBC pulm. exudat.	$\frac{1-3}{1-2}$ Z	Все поле зрения усеяно бациллами
2	Г — ич	TBC pulm. exud. T III B	$\frac{2-15}{1}$ Z	
3	Г — ая	TBC pulm. exud. T III B	$\frac{2-10}{1-2}$ Z	
4	П — ич	TBC exudat. T III C	$\frac{3-10}{1}$ Z	

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

К клинике подострого расширения желудка.

(*Из Факультетской Хирургической клиники Белорусского Государственного Университета. Проф. С. М. Рубашев*).

И. М. Перельман.

Диагностика расширения желудка является хорошо разработанной главой желудочной патологии.

В подавляющем большинстве случаев больные с расширением желудка проходят длительную стадию желудочного страдания с характерными симптомами и терапией своего заболевания.

Но появление подострой непроходимости желудка с симптомами непроходимости кишек наблюдается чрезвычайно редко, а потому описание нашего случая с подострым расширением желудка, диагносцированным как непроходимость кишечника, представляет известный практический интерес:

Больная Б. А. *18 лет*, крестьянка, поступила 23-IV 1925 года с жалобами на боли и резкое вздутие живота, на задержку газов, тошноту и постоянные позывы на рвоту.

Заболела сразу за 3-4 дня (19-IV вечером) до поступления в клинику после праздничного ужина. Появились боли в животе и рвоты, которые продолжались всю ночь. На второй день больная заметила постепенное увеличение живота, которое продолжало все больше нарастать. Газы перестали отходить; рвоты повторились еще несколько раз. В течение трех дней все явления нарастали, и больная прибыла в клинику. Заболевание свое больная ставит в связь с приемом обильного ужина после предварительного поста. В анамнезе больной имеются указания на имеющиеся в течение 8 лет боли в животе, периодические рвоты. Больная бледна, резко истощена; язык сух и обложен, аппетит отсутствует, имеется тошнота, отрыжка, позывы к рвоте. Пульс слабого наполнения. Живот больной резко увеличен, неправильной формы, ассиметричен. Левая его половина больше выступает, чем правая. Живот резко напряжен. При перкуссии—тимпанит спереди и тупость по бокам живота. Граница тупости меняется в зависимости от положения больной. При надавливании всюду резкая болезненность. Принимая во внимание всю описанную картину болезни, внезапное ее развитие и нарастание тяжелого состояния больной, решено было больную оперировать под диагнозом Volvulus S. R. (flex. sigmoid).

Операция 25-IV 1925 г.

Разрез по средней линии от мечевидного отростка вниз, не доходя на 5 сант. до симфиза. По вскрытии брюшной полости обнаружен растянутый до огромных размеров желудок, спускающийся до малого таза. Введен per. os. желудочный зонд и выпущено огромное количество жидкости темного цвета с запахом алкоголя.

При подтягивании за желудок в области Fundus'а, спаянного рыхлыми спайками с нижне-боковой поверхностью диафрагмы, образовалось два разрыва стенки желудка, каждый длиной в 3-4 сант., из кото-

рых в полость брюшины вытекло значительное количество вышеуказанного содержимого желудка. Каждый из этих двух разрывов зашит двухэтажным Лямберовским швом.

По удалении из полости брюшины излившейся из желудка жидкости наложен задний G. E. в виду обнаруженной в области привратника язвы и плотных опухолевидных образований, суживавших просвет его. Полость брюшины промыта теплым физиологическим раствором и зашита наглухо. Во время операции больной введено под кожу 500,0 Sol. Natr. physiolog.

Послеоперационный период протекал довольно тяжело. Со стороны брюшной полости гладкое течение; на второй день стали отходить газы, вздутие живота уменьшилось, свободное мочеиспускание, боли в животе незначительные. Зато у больной при общем тяжелом состоянии развилась левосторонняя плевропнеймония, уступившая настойчивому терапевтическому лечению в течение 3-4 недель, и больная при улучшении всех сипмтомов со стороны живота выписалась домой 28-V, т. е. через месяц и 5 дней после поступления, со значительным улучшением.

Трудность постановки диагноза ileus'а во многих случаях давно известный факт. Что простой гастрит, пнеймонию, цирроз печени, отравление колбасой crises gastriques, туберкулезный перитонит и т. д. можно смешать с илеусом—приходилось нам как наблюдать, так и лично переживать.

Но возможность смешения подобной подострой непроходимости желудка с заворотом S. R. я не встретил в известной мне литературе; в монографии Wilms'а об илеусе не имеется даже упоминания о такой возможности.

Для меня лично случай этот представляется интересным еще и потому, что в 1918 г. я имел возможность наблюдать подобную же ошибку в диагнозе в Киевской Гор. Алекс. Больнице, и где ошибка выяснилась также на операции; случай этот привожу по его описанию в сборнике „Хирургические этюды“ проф. Завьялова.

„Торговец, 67 лет, оперирован по поводу предполагаемого Volvulus S. R. Живот был сильно вздут в верхней своей части, ассиметричен. Стула не было 6 дней. Клизмы не действовали; газы тоже не отходили. Были небольшие позывы к рвоте. Боли в животе не резкие. Слышен явственный плеск в растянутом выдающемся отделе кишечника. Больного видели наиболее популярные в Киеве профессора—терапевты и хирурги. После консилиума решено было немедленно оперировать. На операции найден Cancer Pylori и колоссально растянутый чуть не до лобка переполненный жидкостью желудок. Толщина стенки желудка была как лист писчей бумаги. Кишечник спавшийся и абсолютно пуст“.

Таким образом, операция в обоих случаях обнаружила не заворот S. R., как предположили до операции на основании симптомов непроходимости и имеющейся ассиметрии живота, а колоссальное расширение желудка с истончением его стенки до толщины папиросной бумаги, что послужило в нашем случае причиной разрыва его в нескольких местах. И если второй случай относится к М. 67 лет, у которого анамнез давал мало данных для диагностики заболевания желудка и у которого обнаруженная колоссальная дилятация желудка развивалась исподволь, почти без всяких явных симтомов, в результате Ca Pylori, то наш случай относится к девушке 18 лет, у которой расширение желудка явилось результатом рубцового язвенного стеноза привратника и также развилось почти при отсутствии как указаний на

бывшую у больной язву привратника, так и симптомов непроходимости привратника.

Механизм такого колоссального расширения желудка мы можем себе легко представить таким образом, что вслед за развивающейся при сужениях привратника гипертрофией желудочной стенки, стремящейся побороть имеющееся препятствие для опорожнения желудка, наступает уже состояние недостаточности сократительной способности желудка, и стенки его начинают растягиваться, истончаться, и желудок, увеличиваясь до колоссальных размеров, превращается в дряблый, расслабленный мешок, почти лишенный способности активно сокращаться. Указанное обстоятельство об'ясняет причину слабо выраженного симптома рвоты в обоих случаях: в нашем случае рвота наблюдалась несколько раз в начале заболевания еще до поступления больной в клинику; в клинике же в течение 2-х дней до производства операции, несмотря на констатированное при операции колоссальное переполнение желудка, рвота не наблюдалась; во втором случае у больного отмечены только позывы на рвоту, тоже несмотря на колоссально расширенный и переполненный желудок.

Способность желудка перистальтировать и активно сокращаться, необходимая для проявления симптома рвоты, в обоих случаях была настолько слабо выражена, что симптом этот выражался только позывами на рвоту.

Происшедший в нашем случае разрыв стенки желудка при потягивании области дна его следует себе об'яснить крайним истончением его стенки в результате перерастяжения мышечного слоя желудка, в особенности слизистой его оболочки, с образованием так наз. язв от растяжения (Dehnungsgeschwüre), впервые описанных Кохером и констатированных также проф. Рубашевым в его опытах на собаках с перерезкой обоих блуждающих нервов, при которых, кроме колоссального расширения желудка, иногда удается обнаружить и язвы на слизистой оболочке от перерастяжения слизистой облочки.

И если в литературе хорошо изучен вопрос об острой странгуляционной непроходимости желудка в результате его заворота, то почти нет указаний на возможность подострого развития непроходимости желудка обтурационного характера, с отсутствием почти всяких анамнестических симптомов, в результате сужения выхода желудка доброкачественным или злокачественным процессом.

Обстоятельство это послужило причиной того, что и этот единичный случай из ряда диагностических ошибок, встречающихся неоднократно при диагностике илеуса, заслуживает быть опубликованным.

Вывод, который следует сделать из обоих этих случаев, сводится к следующему:

1. Сужение привратника и вторичное расширение желудка могут развиваться у б-го исподволь при незначительных симптомах, и, достигнув крайней степени своего развития, обусловить картину болезни, характерную для непроходимости кишечника.

2. При диагностике обтурационной формы непроходимости следует иметь в виду наличие подострой непроходимости желудка, как результат стеноза Pylori и вторичного расширения желудка.

3. Почаще прибегать перед операцией по поводу илеуса к предварительному промыванию желудка.

Случай успешного лечения хронического алейкемического миэлоза Рентгеновскими лучами[1]).

(Из I Терапевтической клиники Белорусского Государственного Университета. Директор клиники—проф. С. М. Мелких).

Р. Гинзбург.

Алейкемический миэлоз встречается чрезвычайно редко и существование его долгое время оспаривалось. Впервые он был описан в 1914 г. Hirschfeld'ом. Некоторые авторы смотрят на алейкемический миэлоз, как на самостоятельную носологическую единицу, а другие как на предварительный стадий лейкемического миэлоза (миэлоидная лейкемия), этот вопрос, говорит Hirschfeld, будет разрешен только тогда, когда будет выяснена этиология лейкозов вообще и миэлозов в частности.

История болезни.

Больная Т. 31-го года, телефонистка, прибыла в I-ую терапевтическую клинику 30-го ноября 1926 г. в тяжелом состоянии с жалобами на сильные боли в левой части живота и на рвоту. Заболевание развивалось постепенно; в течение 7-8 лет отмечает периодически тупые боли в левой и средней части живота, но они были непродолжительны. Больная, по ее словам, привлекала общее внимание своей бледностью, периодически подвергалась лечению мышьяком (ин'екции), после чего состояние ее улучшалось. При случайном осмотре врача (14 лет тому назад) было обращено ее внимание на значительное увеличение селезенки. За 3 дня до поступления в клинику (27 ноября) боли в левой части живота значительно усилились. Больная слегла в постель. Была рвота зеленью, усиливающаяся после каждого приема пищи.

Status praesens. Состояние сознания ясное, положение вынужденное (сидит согнувшись). Общее питание ослабленное. Температура тела 37,2°. Пульс 72 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Резкая бледность лица и видимых слизистых оболочек. Рвота. Аппетит плохой. Стул задержан. Печень хорошо прощупывается край закругленный, поперечный диаметр 11 см. По середине живота на ладонь ниже пупка прощупывается опухоль, уходящая далеко в левое подреберье. Длинник площади тупого звука над опухолью 31 стм., поперечник 19 стм., опухоль чрезвычайно болезненна при пальпации; поверхность ее гладка. Эту опухоль вероятнее всего следовало отнести к селезенке. И с с л е д о в а н и е к р о в и Hв-45 проц., Er-3.750.000.L-22000. Цветной показатель $^{45}/_{71} < 1$ Лейкоцитарная формула:

---

[1]) Доложено 30 апреля в Минском научном О-ве врачей. Больная была продемонстрирована.

Лимфоцитов 11 проц., моноцитов 4 проц., эозинофилов 2 проц., нейтрофилов 83 проц., из коих нейтрофильных миэлоцитов 8 проц., юных 5 проц., палочковидных 16 проц. и сегментированных 54 проц. Полихроматофилы, нормобласты. Исследование мочи: Удельный вес 1026. Белок, сахар, кровь отсутствуют, индикан не определяется. Уробилин резко выражен. В осадке большое количество кристаллов мочевой кислоты. Со стороны органов дыхания и кровообращения никаких отклонений от нормы. Menstrua появились в 14 лет. Приходили каждые 4 недели, продолжались 3-4 дня, безболезненны и не обильны. В 17 лет внематочная беременность (операция), затем 2 аборта. Детей у нее в настоящее время нет. В детстве перенесла корь. В 1926 г. stomatitis ulcerosa и уже в течение 7-8 лет настоящим заболеванием. Возвратным тифом, малярией никогда не болела. Lues отрицает. Не пьет и не курит. Вес ее 3 пуда 17 фунтов.

Через 3 дня боли уменьшились, рвота прекратилась. Через 5 дней боли и рвота совершенно прекратились. Опухоль резко уменьшилась до 26×13 стм. (раньше было 31-19), количество лейкоцитов снизилось до 12000, процентное количество миэлоцитов осталось без перемен (8%), хотя абсолютное количество их снизилось с 1760 до 960. На основании этих данных мы решили, что опухоль несомненно относится к селезенке, и что перед нами имеется случай обострения хронического заболевания кроветворных органов с характером миэлоза. А незначительное количество лейкоцитов в крови (12000) позволили нам отнести это заболевание к миэлозу алейкемическому. В пользу этого диагноза говорит нейтрофилоз с крайным сдвигом влево вплоть до миэлоцитов, лимфопения и выпадение большого количества кристаллов мочевой кислоты в моче.

Все дополнительные исследования не противоречили нашей диагностике, а именно: Исследование желудочного сока. После пробного завтрака Ewald'а добыто 75 куб. см. желудочного содержимого хорошей химификации. Общая кислотность 56, свободная соляная кислота 26, в осадке крахмальные зерна, растительные клетки. Исследование кала. Яйца глистов не обнаружены. Исследование крови Serumbilirubin по Hyimans-van-den-Berg'у directs—отрицательная, а indirect положительная. Количество билирубина по Hirschfeld'у 12,8 mlgr. Минимальная резистентность эритроцитов по Limbeck'у и Ribierr'у 0,60, а максимальная 0,44. Blutungstein по Дюске 3 минуты. Свертываемость крови по Vierordt'у 7 минут. Реакция Вассермана отрицательная.

Если бы мы захотели провести дифференциальную диагностику, нам следовало бы исключить Morbus Banti, гемолитическую желтуху и злокачественную опухоль селезенки. Против Morbus Banti (если вообще можно говорить о m. Banti как о нозологической единице) говорят нейтрофильный лейкоцитоз и миэлоциты. Такая большая селезенка бывает только в асцитическом стадии, но у нашей больной асцита нет. Одним из обязательных симптомов гемолитической желтухи является icterus, чего у нашей больной никогда не было. Против злокачественной опухоли говорит гладкая поверхность селезенки, срок (14 лет) и отсутствие метастазов.

Остановившись на вышеуказанном диагнозе хронического алейкемического миэлоза и имея уже свой собственный опыт в успешном применении Рентгеновских лучей при хронических лейкемических миэлозах, мы решили осторожно рентгенезировать селезенку, исходя из предположения некоторых авторов, что хронический алейкемический миэлоз есть предстадий хронического лейкемического миэлоза.

Больная получила 8 сеансов по $^{1}/_{6}$—$^{1}/_{4}$ НЭД (нормальной эритэмной дозы) раз в неделю сеанс. Рентгенотерапию проводил д-р Шпреген в Рентгеновском Институте в Минске.

10 февраля 1927 года больная была выписана из клиники с значительным улучшением (см. таблицу). Теперь эта больная находится под нашим амбулаторным наблюдением. Результаты лечения таковы:

Таблица № 1.

До лечения Рентгеном 10 декабря 1926 г.		Выписка (10 февраля)		27 апреля (амбулатория)	
Вес 3 п. 17 ф.		3 п. 22 ф.		3 п. 33 ф.	
Селезенка 26-19 см.		21-12 см.		20-10 см.	
Печень 11 см.		10 см.		9 см.	
Hb 45%		58%		70%	
Er. 3.750.000		3.850.000		4.200.000	
Цв. П. $\frac{45}{74}$		$\frac{58}{76}$		$\frac{70}{84}$	
L 12.000		9000		8000	
Лимф. 11%		17%		20%	
Э 2%		2%		2%	
Мон. 4%		4%		6%	
Минл. 8%	83%	0	77%	0	72%
Юных 5%		0		0	
Палочковидн. 16%		14%		13%	
Сегмент. 54%		63%		59%	
Нормобласты +		0		0	
Резист. эритр. $\frac{0,60}{0,44}$		—		$\frac{0,56}{0,36}$	
Уробилинурия +		0		0	
Мочевая к-та +		0		0	

Резюмируя данные, полученные у нашей больной после рентгенотерапии, мы видим больная прибавилась в весе на 16 фунтов. Аппетит хороший. Самочувствие хорошее. Количество Hb и Er увеличилось. Миэлоциты исчезли. Количество лимфоцитов увеличилось, а количество молодых нейтрофилов (юные и палочковидные) уменьшилось. Селезенка значительно уменьшилась. Уробилин и мочевая кислота в моче исчезли. Общее состояние больной очень хорошее. Она вполне работоспособна. Мы считаем нашу больную не излеченной, но Рентгенотерапия—это есть то симптоматическое лечение, благодаря которому больная пришла в такое состояние, в каком давно не находилась, и стала вполне трудоспособна. По внешнему виду теперь она не отличается от здорового человека.

Случай родового травматически-инфекционного воспаления пояснично-крестцового сплетения.

(Из клиники нервных болезней Белорусского Государственного Университета. Директор—проф. М. Б. Кроль).

Д. Марков и П. Каравайчик.

Группа невритов, в той или иной мере связанных с состоянием беременности, родового акта и послеродового периода, изучалась многими авторами (Möbius, Kast, Lanz, Tuillaut, Schanz, Remak, Saenger, Joffroy, Kraus, Mader, Eulenburg, Hösslin, Pineles, Seige, Farani, Skubiszewski и др.) В отношении симптоматологии в литературе вопроса можно выделить главным образом две формы: более локализованную (мононевриты, плекситы) и более генерализованную (полиневриты). Первая форма с некоторым предпочтением поражает область n. mediani, n. uluaris (Möbius), реже n. axillaris, nervorum supraclavicularium (Nothnagel, Köster) или ограничивается отдельными нервами нижних конечностей (Lloyd). Обширно-распространенная форма (полиневриты) может захватывать конечности и черепномозговые нервы—neuritis optica (Schanz, Saenger), neuritis facialis (Bernhardt), может протекать на подобие последифтерийного паралича, Корсаковского полиневрита (Сербский, Funke) и даже под видом формы Landry.

В отношении этиологии в разбираемой группе полиневритов встречаются различные факторы: пуэрперально-септическая инфекция, автоинтоксикация на ряду с дискразией, травмы и т. д. (Seige, Farani, Saenger, Hübner). Hösslin и Pineles все разнообразие встречающихся этиологических моментов пробуют уложить в 5 групп:

1) травматические родовые полиневриты (ex partu), 2) токсически-беременностные полиневриты, 3) пуэрперально-инфекционные полиневриты, 4) пуэрперальные невриты per continguitatem вслед за воспалением органов малого таза, соседних с крестцовым сплетением, 5) молниеносные пуэрперальные поясничные невриты (форма L. Meyer и Hauch). Однако в большинстве случаев мы имеем дело с разнообразным сочетанием этиологических факторов в той или иной комбинации.

Приводимый ниже случай родового пояснично-крестцового плексита—помимо его редкости—интересен своей изолированностью, односторонностью болезненного процесса и тем, что в этиологическом отношении главную роль здесь сыграла травма. Подобные случаи, по мнению, например, Lewandowsky'ого, даже принципально должны отличиться от группы невритов беременных или собственно пуэрперальных.

Б-ая Вр. М., 27 л., замужняя, батрачка. Наследственность без особых уклонений, развитие—N. Первые роды 2 года назад, нормальные, ребенок весил при рождении 7,5 ф., жив. 21-I-27 г. начались вторые роды после совершенно гладко протекшей бере-

менности. Вскоре после первых-же потуг начались резкие боли в правой ноге, не прекращавшиеся во все время родов и после них. В участковой больнице 22-I дважды безуспешно пытались наложить щипцы. 23-I в 8 ч. утра б-ую доставили в Минск в акушерско-гинекологическую клинику Б. Г. У. (проф. М. Л. Выдрин). В клинической истории болезни отмечено: Dist. spin.—25, crist.—27,5, dist. trocher—30,0. Conjug. ext.—19,5. Форма таза правильная. Резкая отечность vulv'ы. Половые губы отечны на 3 поперечных пальца. Имеется разрыв промежности 2-ой степени с гнойным налетом и кровоизлияние в правой стенке влагалища. Предлежит головка с большой родовой опухолью (малый родничок—слева-спереди, большой справа-сзади?). T^0—38,0. P—132. Двукратные впрыскивания питуитрина не дали ожидаемого эффекта, и в 16 ч. 30 м. под легким хлороформенным наркозом извлечен живой плод в состоянии легкой асфиксии. Наложить щипцы в левом косом размере не удалось, так как правую ложку нельзя было продвинуть кпереди, и щипцы наложены были в поперечном размере. Сильное маточное кровотечение. Послед по Credé. Массаж матки.

Плод мужского пола, доношенный, вес 4.200 грамм. Размеры головки: прямой диаметр—13 см., окружность—38 см; большой косой—15 см., окр.—40 см., малый косой—10,5 см., окр.—33 см, бол. поперечный—9,5 см., малый поперечный—7,5 см., окружность плеч—38 см., окр. груди—34 см., живота—32 см., ягодиц—32 см., Форма головки сильно вытянутая. Значительная припухлость на теменной кости. В височной области справа спереди 2 небольшие ранки (старые) и кровоподтеки слева под и над ухом. На 7 день ребенок умер.

Б-ная находилась в клинике до 21-II, при чем первые полторы недели с высокой септической температурой с большими размахами (напр., утром 38°, вечером 40,2°. В дальнейшем t^0 начала снижаться и при выписке была почти нормальной.

7-III б-ная поступила в нервную клинику. Б-ая выше среднего роста, правильного телосложения. Внутренние органы—N. Черепные нервы—N, верхние конечности и левая нижняя—N. Правая нижняя конечность тоньше левой в бедре и голени на 2 см. по окружности, pes equino-varus. Активное поднятие вытянутой правой нижней конечности в лежачем положении до 30°, сила сгибания и разгибания в коленном суставе ослаблена (до 3+по пятибальной системе), разгибание в тазобедренном суставе, абдукция и адукция бедра почти удовлетворительны. Активный поворот стопы внутрь лучше, чем наружу. Тыльное сгибание стопы отсутствует. Активные движения пальцев еле заметны. Сила активных движений в голеностопном суставе резко ослаблена (до единицы). Координация движений, вне паретических мышц—N. Тонус мышц на правой нижней конечности несколько понижен в области всех суставов (почти равномерно в сгибателях и разгибателях) с некоторым преобладанием в дистальных отделах (бо́льшая разболтанность в правом голеностопном суставе). Ходить б-ая сама не может. Электровозбудимость нервов и мышц исследовать не удается из-за резкой болезненности.

Со стороны чувствительной сферы отмечается: понижение тактильного, болевого и термического чувства по всей правой нижней конечности, за исключением срединной полосы гиперэстезии от ягодичной складки до колена сзади. Гипэстезия занимает также regio glutae сзади, а спереди подымается до паховой складки и вообще более выражена с лятэральной стороны конечности на всем ее протяжении. Вибрационное чувство—N, мышечно-суставное—N. Резкая болезненность при надавливании по ходу нервных стволов (n. ischiadicus, n. cruralis, n. obturatorius), при надавливании на мышцы и кожу.

Коленный рефлекс справа более живой, чем слева. Правый Ахиллов рефлекс отсутствует. Патологических нет. Подошвенный справа ослаблен. Брюшные рефлексы и рефлексы со слизистых—N.

Кровь: эритропения (3.850.000) при 75% Нв., лимфоцитоз—37%, в остальном—N. Mora—N. Спинномозговая жидкость—N. (Реакции Nonne, Pandy Weichbrodt—0, Normomastix и Goldsol—без уклонений, плеоцитоз—1/3). RW в крови и спинномозговой жидкости—отрицательна.

Через месяц появились движения в стопе в смысле тыльного сгибания, стали более заметны движения пальцев, почти исчезла болезненность при давлении на мышцы и заметно уменьшилась болезненность при надавливании на нервные стволы. Расстройства чувствительности уменьшились в интенсивности, особенно в области нервов, исходящих из поясничного сплетения.

20-IV произведено полное исследование электровозбудимости нервов и мышц, которое показало количественное понижение как для фарадического, так и для гальванического тока, в особенности же для мышц, иннервируемых n. peroneo, при чем в последней группе мышц отмечены даже и качественные изменения электровозбудимости (m. ext. hallac long.: КЗС=6 МА, АЗС=7 МА; m. ext. halluc. brev.: КЗС=7 МА, АЗС=8 МА при несколько вялом характере сокращений).

Что касается патогенеза данного случая, то в общих чертах он вырисовывается довольно ясно. Нормально протекшая повторная беременность у правильно сложенной женщины. Несоответствие размеров таза и головки плода. Появление болей в правой нижней конечности

вслед за началом родовой деятельности, затянувшиеся роды, трехкратное наложение щипцов, послеродовой сепсис. Два момента настолько обращают на себя внимание: травма и инфекция, что имеется полное основание считать их главными виновниками заболевания. Надо думать, что непосредственному травматическому воздействию подверглись главным образом L_4—L_5—S_1—S_2; в отношении же более высоко расположенных корешков L_3—L_2 и отчасти L_1—роль механического воздействия свелась, повидимому, к косвенному влиянию, может быть, подготовившему почву и избирательно „расчистившему" дорогу пуэрперальной инфекции. Конечно, невозможно полностью исключить и влияние других факторов, как токсикоз беременных (который мог быть скрытым и не проявляться во время беременности грубыми расстройствами), действие плацентарных токсинов во время родов и в первое время послеродового периода, влияние измененных в функции во время беременности желез внутренней секреции и т. д.

Преимущественное поражение n. peronei, которое наблюдалось в данном случае и во многих других, описанных в литературе, по Bianchi, Lefévre, Müller'у об'ясняется сдавлением trunci lumbo-sacralis при его пересечении с linea innominata таза во время вставления головки. Эти авторы признают, что в truncus l.-s. проходят волокна главным образом для n. peroneus. Hünermann считает, что в truncus l.-s. имеется пучок и для n. tibialis и для peroneus, при чем последний непосредственно прилежит к кости. Далее Förster выдвигает теорию неравной „ранимости" n. peronei и n. tibialis; Hofman говорит о более неблагоприятной васкуляризации n. peronei по сравнению с n. tibialis; Gerhardt указывает, что после смерти животного разгибатели стопы становятся скорее невозбудимыми, и что при экспериментальном повреждении n. ischiadici скорее перерождается n. peroneus. Клинический же опыт часто показывает вообще предпочтительную токсиинфекционную ранимость именно малоберцового нерва.

Skubiszewski полагает, что в виду наблюдающихся травм нервных стволов и сплетений у рожениц с плоскосуженными тазами—местом травмы следует считать не linea innominata, но пространство между нею и верхним краем m. piriformis, мециально ограниченное вертикальной линией через foramen sarcale ant. I, так как выступающий promontorium не допускает соприкосновения головки плода с заднею частью lineae innominatae. Что касается вышеприведенного случая, то нормальное строение таза и начало болей в правой нижней конечности вслед за началом родовой деятельности допускают возможность травмы trunci lumbo-sacralis на месте его пересечения с linea innominata.

ОБЗОРЫ

К вопросу о диэтическом лечении ран.

(Из 1-ой Хир. Клиники БГУ. Директор—проф. С. М. Рубашов).

Х. Б. Левина.

При изучении факторов, могущих оказать влияние на процессы заживления ран, надлежит обратить внимание как на причины местные, зависящие от условий, лежащих в самой ране, так и на причины общего характера. Сюда относятся конституция данного индивида, соотношения между его эндокринными железами, процессы обмена, питание и т. п. Практически речь может итти о попытках школы Eiselsberg'a влиять на заживление ран путем экстирпации эндокринных желез и о ряде опытов, стремящихся воздействовать на процесс заживления путем подбора для таких больных соответствующей диэты.

Ярким представителем этого направления в немецкой медицинской литературе является Sauerbruch и его школа. Исходя из современного учения о концентрации водородных ионов и резервной щелочности крови, о значении реакции тканей при инфекциях, Sauerbruch желает в интересах борьбы с инфекцией в ране поднять кислотность крови, как питанием, так и введением фосфорной кислоты.

Мы не знаем, в какой мере прав Sauerbruch, мы хотим только изложить современное положение вопроса о диэтическом лечении ран в Западно-Европейской медицинской литературе, полагая, что изучение этого вопроса на клиническом и амбулаторном материале имело бы определенное значение, тем более, что вопрос этот в русской хирургической литературе повидимому изучался мало.

Вот что пишет о попытках Sauerbruch'a Оппель: „идея Sauerbruch'a, в. высокой степени оригинальная, так меня прельстила, что как в клинике, так и в больнице Мечникова я просил готовить больных к операции дачей фосфорной кислоты и вести послеоперационный период с фосфорной кислотой, чтобы еще уменьшить количество нагноений. Но, если мои впечатления не оказались в пользу такого ведения больных, то идея Sauerbruch'a все-таки остается интересной и новой".

Мы перейдем к изложению взгляда Sauerbruch'a, его учеников и сторонников с тем, чтобы затем перейти к его оппонентам.

Последние десятилетия были, по мнению Sauerbruch'a, годами увлечения бактериологией, блестящие успехи которой породили и ряд взглядов в основе своей неправильных. В настоящее время, когда увлечение начинает проходить, оказывается, что при явлениях заражения организма приходится учитывать не только бактерийный вирус, но и самый организм со всеми заложенными в нем возможностями. Вопрос надо ставить так, что человек, способный заразиться той или иной инфекционной болезнью, является уже сам по себе неполноценным, так как здоровый организм не образует почвы для размножения бактерий (Schulz еще в 1898 г.).

„Если на лугу в каком либо месте, говорит Sauerbruch, вместо травы для скота, начинает расти мох, то в этом виноваты не семена

трав, которые есть на-лицо, а неблагоприятная почва, иными словами, ее химизм". Изучению этого химизма почвы, т. е. химического состава наших тканей посвящены работы Sauerbruch'a, Hermansdorfer'a и др. С их точки зрения только разный химизм тканей приводит к тому, что два человека, зараженные в одинаковых условиях и одинаковыми бактериями, дают совершенно различные картины заболевания, что неоднократно наблюдалось на инфицированных ранах во время войны.

Можно ли изменить почву, вводя химические вещества per os? Можно ли диэтой воздействовать на химизм тканей?

Вопрос о диэтическом лечении ран, особенно ран инфицированных, является в русской литературе сравнительно новым. Между тем этот вопрос имеет свою историю. Тут и „раневые элексиры" эпохи средневековья и „диэта для лихорадящих", известная еще Гипократу, и ряд попыток нового времени. В XIV-ом столетии господствовали 3 школы: первая давала больным с зараженными ранами фрукты, овощи, чай и запрещала мясо и кислую пищу (щелочная диэта); вторая давала вино, мясо, чай, фрукты и овощи (смешанная пища) и третья разрешала только мясо, пиво и хлеб, считая щелочную растительную пищу противопоказанной. С этой школой, основателем которой является Hugo von Lucco, солидаризируется и Sauerbruch, приводя ряд историй болезней, где после нескольких дней послеоперационного голодания больные переводились на кислую пищу и прием фосфорной кислоты, в результате чего из крови исчезали бактерии и быстро наступало выздоровление.

Scheder, Schade, Halpert, Neukirch показали, что соки воспалительной ткани дают кислую реакцию. С этой точки зрения, понижение щелочности крови указывает на благоприятное течение процесса, щелочная же пища вызывает усиление секреции в ране, которую по словам Hermansdorfer'a замечают и сами больные. Раны становятся маркими, края их отечными, на грануляциях могут появиться псевдомембранозные серые налеты, появляется сладковатый гнилостный запах, бактерии размножаются и флора их становится пестрой; иногда развивается дифтеретическое воспаление ран, что так часто встречалось в годы войны и разрухи.

Греков в своей статье „Хирургические болезни и хирургическая практика в период голодания" (1918-1919 г.) указывает на затяжные формы хирургических заболеваний, на медленное течение воспалительных процессов и необычайно частое нагноение после операций, которые так характерны были для периода, когда население питалось картофелем и другими углеводами и вовсе не знало мяса, яиц и жиров (кислой пищи). То же что Греков отмечает и Sauerbruch: „То, что мы производим в небольшом масштабе, говорит он в одной из своих работ, история произвела, как опыт над всем германским народом".

Hermansdorfer $1^1/_2$ года применял в септическом отделении Мюнхенской хирургической клиники кислую диэту, питая больных мясом, яйцами, рыбой, творогом, маслом, салом, сыром, рисом, маисом, хлебом, чечевицей, орехами, какао, мясным экстрактом и пивом. Все эти продукты питания, хотя и необязательно кислые на вкус, дают кислую реакцию. Одновременно он давал своим больным три раза в день 25 проц. раствор фосфорной кислоты по 25 капель с малиновым сиропом. В результате понижалась щелочность крови, исчезали proteus, pyocyaneus и все палочки. Обратное получалось при щелочной пище. Содой можно было даже добиться отеков и создать жидкую среду, которую так любят бактерии. Дело однако не только в химической реакции как таковой, но и в до известной степени в Reiztherapie, в на-

рушении концентрации водородных ион, в активизации лейкоцитоза и фагоцитоза. Здесь нельзя не упомянуть о сообщении химика фон Копфа, который обратил внимание на то, что рабочие шерстяных фабрик Англии охотно проводят время в атмосфере фабрики, насыщенной соляной кислотой и даже считают ее целебной. Во время эпидемии холеры в 1847-1848 г. на одной из таких фабрик не было ни одного заболевания. Надо также вспомнить о лечении по Krull'ю муравьиной кислотой, о столетиями применявшемся лечении ран голодом, основанном на накоплении в тканях организма кислоты, а равным образом об упоминавшейся выше Гиппократовской диэте (голод и уксусная кислота) при раневых инфекциях.

Восприняв в основе изложенные выше соображения, разные авторы пытались достигнуть благоприятных результатов теми или иными кислотами, добавленными к пище. Так, Clairmont (Zürich) давал больным с инфекционными ранами внутрь соляную кислоту (10-15-20 капель acid. muriat. dilut.). Согласно его данным результаты получаются, если рана инфицирована стафилококками или bact. colli. При стрептокок. инфекции автор не наблюдал результатов вовсе.

Заинтересовалась вопросом о диэтическом лечении ран и клиника Eiselsberg'a, который весьма сочувственно отнесся к опытам Hermansdorfer'a, изложенным на заседании немецкого хирургического общества в Берлине в апреле 1925-го года, и указала на аналогичные результаты в своей клинике. Из его Венской клиники вышли работы Nather'a, Jalkowitz'a, посвященные этому вопросу. Авторы работали над амбулаторным хирургическим материалом (панаритиумы всякого рода, флегмоны, фурункулы, лимфадениты), применяя внутрь ammonium chloratum. Одновременно другие больные велись обычным способом. Кислотная терапия, как оказалось, дает прекрасный эффект, только при открытых процессах, вскрывшихся или вскрытых рукою хирурга. При обыденных неосложненных панарит. и фурункулах срок заживления значительно сокращался по сравнению с контрольными случаями, рана очищалась в несколько дней, а остальное довершали обычные мероприятия. Ряд прогрессировавших инфекционных процессов в ранах удалось остановить. Надоедливые обычно панаритиумы заживали, по словам авторов, быстро. Последующих инцизий не потребовалось ни в одном случае. У больных, прекративших прием ammonium chlorat. наблюдались возвраты воспалительных процессов. Здесь надо также указать на Schönbaur'овский метод полоскания соляной кислотой с пепсином при гнойном перитоните (Heysser, Löfr, Schönbauer, Seleger), Andersen (Kiell) сообщает о 4-х случаях злокачественных новообразований, якобы с успехом леченных поваренною солью.

Кормление поваренною солью, по его словам, способствует рубцеванию ран. Оно способствует также более быстрому эффекту при одновременной рентгено-терапии и протеинотерапии.

„Благодаря исследованиям на кроликах, пишет Andersen, мы знаем, что кормление овсом (т. е. кислой диэтой) вызывает задержку натрия, а по моим взглядам и хлора. Это есть лихорадка от поваренной соли. Одновременно с нею появляется более сильная восприимчивость кожи к воспалительным процессам. Таким образом можно создать экспериментально и у человека то, что происходит при инфекционных болезнях обычно—повышение клеточного обмена“. Считая, что больные с новообразованиями имеют в организме мало поваренной соли, авторы предлагают давать им перед рентгено-терапией овес и поваренную соль, полагая, что специально подобранными овсяными и солевыми днями можно повысить восприимчивость клеток, особенно клеток злокаче-

ственных новообразований по отношению к рентгеновским лучам и протеиновой терапии. Не останавливаясь по существу на этом вопросе, еще совершенно не изученном, мы должны, однако, указать на аналогичные попытки в отношении туберкулеза хирургического и не хирургического в смысле воздействия на химизм крови фтизика, то кислотами, то щелочами, на стародавнюю кислую диэту для фтизиков (мясной экстракт), на кальциотерапию и на позднейшие попытки со стороны Sauerbruch'a, Hermansdorfer'a провинциального практического врача Gerson'a, создать особую туберкулезную диэту и поставить проблему о пищевом воздействии на минеральный обмен при туберкулезе.

Вопрос этот Sauerbruch, Hermansdorfer и Gerson ставят так. При туберкулезе, особенно при разлитом легочном туберкулезе, происходит значительная отдача. Больной страдает отсутствием аппетита, он не получает или мало получает извне и много отдает из своего запаса. Главным образом он живет за счет своих белков и жиров. Вместе с тем происходит значительная отдача кислорода и накопление углекислоты, которая превышает соответствующие процессы у взрослого на 86 проц. Эти процессы распада у тяжелых туберкулезных больных выступают особенно резко при наличии диазореакции в моче или урохромогенной реакции Weiss'a. Кроме того, как известно, туберкулезный организм беден минералами, особенно кальцием и магнезией („Туберкулезная деминерализация—Robin").

Соответственно этому строится и диэта для туберкулезных. Она состоит по Gerson'у из смешанной пищи с большой калорийностью, богатой зеленью с достаточным количеством витаминов. Пища должна содержать много жиров и мало углеводов. В ней должно быть много минералов, в первую очередь кальция и меньше поваренной соли. Из медикаментов больные получают phosfor lebertran (phosphor 0,025, ol. jecaris aselli—300,0), особый минеральный состав „Mineralogen" изготовленный фармацевтическими заводами по особому заказу Gerson'a. „Mineralogen" принимается в воде 3 раза в день, при чем назначается чайная ложка в стакане воды и размешивается деревянной ложкой. Состав минералогена: катионы—кальций, магнезий, стронции, натрий, бисмут, аллюминий, анионы—фосфор, кислота, сульфаты, известковые соли, карбонаты, бром, салицилов. и молочная кислота, органич. составные части—альбумины и связывающие субстанции.

Авторы приводят ряд историй болезней тяжелых туберкулезных больных, из коих видно, что указанная диэта производит благотворное влияние даже на фтизиков с далеко зашедшими случаями.

В старой литературе отмечалось неоднократно, что с появлением рожистого воспаления, прекращался или ослабевал ряд заболеваний, напр. экзема, проявления люэса (Alns), лимфомы, слизистые полипы, волчанка, лимфатическая лейкемия даже якобы карциномы и саркомы, что об'являлось значительными накоплениями в тканях при роже солей хлора. Задержка хлора создает среду, в которой бактерии существовать не могут. Тиф и туберкулез, с этой точки зрения, потому легче протекают у детей, что их организм богаче солями хлора, чем у взрослых.

Некоторые авторы (Андерсен) даже говорят об особой „карциноматозной конституции", происходящей от недостатка в тканях организма солей хлора и считают возможным изменить эту конституцию дачей больших доз хлористого натра. Как бы то ни было постановка этого вопроса на практике, хотя бы без подведения теоретического базиса, представляет несомненный интерес (хотя бы перспектива воздействовать химически на конституцию карциноматозных). Чтобы по-

кончить со сторонниками этой точки зрения, мы должны здесь указать еще на позднейшую работу Nather'a и Jalkowitz'a (клиника Eiseljberg'a), в которой собираются прекрасные данные от лечения гнойных открытых процессов ammonium chloratum с одновременной кислой диэтой по Sauerbruch'y. Ammonium chlorat. давался в течение одной недели три раза в день по 1—3 гр. до 6,0 в день, под контролем мочи (цилиндрурия). Особенно хороши результаты лечения эмпиемы после резекции ребра дачей amm. chlorat. Одновременно авторы сообщают о ведущихся работах лабораторного порядка, имеющих целью выяснить вопрос о том какова должна быть концентрация водородных ион для умерщвления той или иной бактерии.

Против дачи лихорадящим больным специальной кислой диэты возражает Bier. В первые дни после тяжелых ранений инфекций надо давать только воду и слизистые супы. Все прочее приносит вред. Усиленное кормление в эти дни, когда организм всецело занят борьбой с инфекцией, есть распространенная, но тяжелая врачебная ошибка. Лихорадящий больной покрывает свои издержки продуктами распада собственной ткани, которая содержит в себе достаточно энергии. Только через несколько дней организм установлен не на одну борьбу с инфекцией и тогда ему можно давать всякое питание, хот бы кислую диэту Sauerbruch'a. В первые же дни организм голодает и, следовательно, сам образует достаточно кислот. После операций, сошедших хорошо, можно давать все, что может есть не работающий человек. Главное же, что нужно для питания всех тканей—это вода, и воду надо, конечно, подвозить в первую очередь.

Мнение Sauerbruch'a о том, что местный ацидоз и повышение резервной щелочности крови гнойных больных есть предпосылка выздоровления также не остается без возражения. Так, Hamburger еще в 1899 г. указывает на обратное и приводит примеры, когда при значительной щелочности кровь бактерийна. Известно и также, что диабетики с ацидозом весьма наклонны к нагноениям. Что же касается попыток Hermansdorfer'a воздействовать на химический состав крови, давая кислоты внутрь, то Rhode полагает, что соединение кислот крови у млекопитающих являет собою величину твердо устойчивую, на которую вряд ли можно воздействовать диэтой.

Из всего изложенного видно, что вопрос о диэтическом лечении ран представляется нам еще далеко нерешенной проблемой. Проблема эта, однако, представляет огромный интерес как в теоретическом, так и практическом отношениях, почему мы и решились изложить существующие по этому вопросу воззрения в доступной нам литературе.

* * *

В заключение выражаю благодарность проф. Савелию Мироновичу Рубашеву за указания в работе.

Новое о противотуберкулезной вакцинации по Calmette'у (BCG).

(Из Белорусского Санитарно-Бактериологического Института).

С. И. Гельберг.

За последнее время, благодаря работам Calmette'а и его школы, отмечается значительное оживление научной мысли по вопросу о предохранительной вакцинации против туберкулеза. Calmette, как известно, уже больше 20-ти лет занимающийся вопросами туберкулеза, начиная с 1920 года, подвергает изучению вопрос вакцинации против туберкулеза с помощью полученного им апатогенного штамма туберкулезных бацилл BCG. Calmette'ом получены в этом отношении весьма обнадеживающие результаты [1]), что побудило целый ряд научных работников в разных странах заняться изучением этого вопроса. Настоящий обзор имеет целью ознакомить с последними работами, появившимися в начале 1927 года, в особенности, с работами, собранными в специально посвященном этому вопросу № 3 Annales de l'institut Pasteur.

Вся масса работ группируется вокруг 3-х основных вопросов: 1) вопроса безвредности вакцины BCG, 2) предохранительной способности вакцины в экспериментах на животных, 3) результаты вакцинации новорожденных.

Центральное место и особое внимание уделено, само собой разумеется, третьему вопросу и среди работ по этому вопросу, наиболее интересный материал принадлежит Calmette'у и его сотрудникам Guerin, Négre et Boquet. Авторы, прежде всего, приводят те принципы и экспериментальные наблюдения, которые легли в основу, предложенного Calmette'ом, метода предохранения против туберкулеза. В основном они сводятся к тому, что у человека и животных восприимчивых к туберкулезу, легкое заражение туберкулезными бациллами, если оно не сопровождается другими массивными и близкими по времени инфекциями, предоставляет организму резистентность и дает возможность избежать при последующих заражениях тяжелых и смертельных форм заболевания. Этот факт, впервые отмеченный Marfan'ом еще в 1886 году, в отношении людей, перенесших в раннем возрасте легкие формы туберкулезной инфекции, был затем экспериментально подтвержден в 1906 году в опытах на телятах (Wallée et Rossignol, Calmette et Guérin), на баранах и морских свинках (Römer в 1908-9 г. г.) и на обезьянах (R. Kraus

---

[1]) *Д-р С. И. Гельберг.* Предохранительные прививки против туберкулеза по Calmette'у вакциной BCG: Белор. Мед. Думка.

Проф. Б. Я. Эльберт и д-р С. И. Гельберг. К биологии штамма BCG. Записки Белор. Сан.-Бакт. Института, т. I. 1926 г.

u. Grosz, R. Kraus u. Wolk). Отсюда Calmette считает, что искусственная инфекция детей в раннем возрасте, с помощью авирулентного штамма туберкулезных бацилл, должна явиться желательной. Необходимый для этой цели авирулентный для всех видов животных штамм, указанная особенность которого (авирулентность) была бы „наследственно“ закреплена (héréditairement fixé), и представляет предложенный Calmette'ом штамм BCG. После длительного изучения штамма BCG на животных, последний был признан Calmette'ом атуберкулогенным, а в опытах на телятах и обезьянах вполне отчетливо проявилась его предохранительная способность, в отношении массивных искусственных заражений высоко вирулентными туберкулезными бациллами. Таким образом перед Calmette'ом встал вопрос относительно опытов на детях. Для того, чтобы получить достаточно убедительные данные о результатах прививки BCG на детях, Calmette решил предварительно ознакомиться с цифрами смертности детей, рожденных и воспитанных в туберкулезных семьях, т. к. этих именно детей он решил вакцинировать в первую очередь. Данные его, касающиеся 1922 года, собранные через туберкулезные диспансеры и охватывающие материал в 1364 детей, рожденных от туберкулезных матерей, дали ему возможность утверждать, что больше 25 проц. всех детей, рожденных и воспитанных туберкулезными матерями, погибают от туберкулеза в течение первого года жизни. Данные других авторов приводят не меньшие цифры, а часто и более высокие: В Бельгии и Лондоне—20-23 проц.; по данным проф. Forssner'a (Стокгольм)—70 проц.; Bernard, Debré et Lelong—82 проц. По данным многих педиатров, смертность от туберкулеза детей до одного года, в зараженных семьях доходит или даже выше 59 проц., в то время, если заражение произошло не раньше конца первого года, риск смерти падает до 1,66 проц. Имея, таким образом, довольно точные данные о проценте смертности детей из туберкулезных семей, Calmette считает необходимым, при изучении статистики смертности подобных детей, подвергшихся предохранительной вакцинации BCG, принять во внимание случаи внутриутробного заражения туберкулезом, в отношении которых, само собой разумеется, предохранительные свойства вакцины BCG не могут проявляться. Calmette напоминает, что многими авторами установлен тот факт, что в мезентериальных железах детей, рано умерших от посторонних причин, находили весьма вирулентных туберкулезных палочек. Но никто не предполагал, что среди детей, рожденных от туберкулезных матерей и погибавших в значительном числе в первые дни жизни (до 4-х месяцев), от так называемой врожденной слабости или вообще без видимой причины, не представляя никаких видимых на аутопсии туберкулезных изменений, многие были заражены во время беременности через пляценту ультравирусом tbc, существование которого могло быть установлено лишь опытами на животных. Этот факт был установлен в 1925 году Calmette'ом и Valtis'ом. Известен далее факт, установленный многими акушерами, что дети туберкулезных матерей, отделенные с первых же дней рождения от матери, дают в течение первых недель жизни от 12—38% смертности, при чем 1/5 смертных случаев, по Calmette'у, обязана внутриутробному туберкулезному заражению. Таким образом, Calmette считает, что при учете результатов влияния предохранительных прививок BCG на смертность от туберкулеза, случаи смерти от туберкулезного менингита или врожденной слабости в первые три месяца жизни, должны быть безусловно учтены особо.

Систематическая прививка детей была начата Calmette'ом в 1924 г.; в дальнейшем, прививка производилась целым рядом врачей озна-

комившихся с экспериментальными работами Calmett'а и пожелавших испытать его метод. Согласно Calmette'у, вакцинация новорожденных проводится в первые десять дней жизни, в виде трехкратного кормления в смеси с молоком 15 mgr. бацилл. Вакцинацию per os Calmette считает наиболее простой и весьма целесообразной, принимая во внимание, что слизистая оболочка кишечника новорожденных хорошо абсорбирует микроорганизмы и даже антитоксины. О предохраненных детях, Институт Пастера в Париже получает от наблюдающих их врачей систематические сведения по определенной анкете. Разработка, полученных анкетных материалов на 1-е января 1927 года, была поручена специалисту-статистику из Национального Комитета защиты против туберкулеза. Результаты формулированы последним в следующем виде и представлены на таблице № 1. Общее количество вакцинированных на 1-е января 1927 года составляет 21.200 детей. Но обработке подверглись лишь данные о детях, рожденных от туберкулезных матерей и из зараженных семейств, которым исполнился уже 1 год. Общее число таких детей составляет за срок 2 г. 7 месяцев 982 (сюда не входят сведения относительно департамента Нижней Сены). Как видно из таблицы они разделены на группы по характеру контакта с туберкулезными: 1) туберкулезные матери, 2) туберкулезный отец, 3) отец и мать туберкулезные, 4) окружающие туберкулезные, 5) контакт не указан, но имеется, 6) дети рожденные от туберкулезных матерей, и переданы кормилицам.

Таблица № 1.

Классификация контакта	Вакцинировано		Всего вакцинировано	Смерть от бол под. на tbc		Всего	Смерть от нетуберкулезных заболеваний		Всего	Ревакцинировано к 1 году
	1-2 л.	больше 2-х лет		1-2 л.	больше 2-х лет		1-2 л.	больше 2-х лет		
Туберкул. мать .	269	34	303	2	0	2	15	0	15	23
„ отец .	264	24	288	3	0	3	12	0	12	32
Отец и мать туберкул. . .	31	4	35	0	0	0	4	0	4	6
Окружающие туберкул. . .	82	4	86	1	0	1	3	0	3	3
Контакт не отмеч. (с кем именно)	236	21	257	1	0	1	38	0	38	36
	882	87	969	7	0	7	72	0	72	100
Рожден. от туберкул. матерей, отделены и переданы кормилицам	12	1	13	1	0	1	0	0	0	0

Из группы контакта с туберкул. матерью: общий % смертности—6,3.
% смертности от tbc—0,7.

Из группы контакта с туберкул. отцом: общий % смертности—5,69.
% смертности от tbc—1,14.

Из группы отец и мать туберкулезн. общий % смертности—12,9.
% смертности от tbc— 0.

Из группы окружающ. туберкулезн.: общий % смертности—4,79.
% смертности от tbc—1,92.

Из группы контакта с туберкулезн. общий % смертности—16,5.
имеется, но не указано с кем именно: % смертности от tbc— 0,5.

Общий результат: на 882 вакцинированных от 1 до 2-х лет общая смертность—8,9 проц., от туберкулеза 0,8 проц.

Выводы из статистических данных таковы, что смертность от tbc детей вакцинированных от 1 до 2-х лет близка к 1%, для детей невакцинированных около 26 проц., для детей вакцинированных старше 2-х лет смертность равна нулю.

D-r Biraud, заведующий статистическим отделом Института Гигиены в Париже, подверг изучению по „Tables de vie" данные относительно 1877 вакцинированных детей с 1924 по 1926 год, из коих 1050 находились в контакте с туберкулезными и 487 с туберкулезными матерями. Общая смертность для двух последних групп 7,6 проц. и 6,6% в течение 1 года и 1,88 проц.—1,04 проц. в течение 2-го года. Такая низкая общая смертность этой особенно уязвимой группы детей, которая должна была бы значительно превзойти среднюю смертность детей во Франции от 0 до 1-го года—8,7 проц., Calmette'ом об'яснена, как результат выпадения большой группы смертей от туберкулеза, вследствие предохранительных прививок.

Данные департамента нижней Сены ничем особенным не отличаются от приведенных выше общих данных. Длительность иммунитета, по мнению Calmett'а, есть еще вопрос дальнейших наблюдений. В опытах на животных, при последующем искусственном заражении, длительность иммунитета была от 15 до 18 месяцев. Возможно, что в отношении естественной инфекции, которая обычно не столь массивна, иммунитет более длительный. Во всяком случае, путем повторных прививок, иммунитет может быть значительно продлен. Данные Calmette'а дают ему возможность утверждать, что вакцинация BCG предохраняет детей в течение первых пяти лет жизни, т. е. в тот период, когда они наиболее подвержены частым и массивным туберкулезным заражениям.

Calmette, в заключение, считает необходимым сделать несколько замечаний по поводу критики предложенного им способа.

1. По вопросу о безвредности вакцины. Было несколько случаев, когда дети с наследственным сифилисом, с врожденными пороками развития, желтушные, после одной или нескольких доз BCG погибли, что дало повод некоторым противникам вакцинации приписать их смерть, результатам вакцинации. Calmette считает, что 21.200 привитых во Франции, являются достаточным показателем безвредности вакцины. В опытах на очень молодых морских свинках и кроликах (Remlinger et Bailly) кормление в 10 и 100 раз большими дозами BCG, чем у детей, не вызывали никакого вредного влияния на состояние здоровья этих животных.

2. По вопросу о возможности восстановления вирулентности BCG при длительном пребывании в организме, Calmette считает, что до сих пор ни один экспериментатор не мог доказать подобного явления, при

длительных пассажах на животных; наоборот, Calmette показал, что после года пребывания под кожей быка, BCG оставалось вполне безвредной для морской свинки. В одном случае у вакцинированного ребенка с наследственным сифилисом, погибшего в возрасте 6-ти месяцев, в медиастинальных и мезентериальных железах были найдены кислотоупорные палочки, но привитые ими свинки остались нетронутыми.

3. Некоторые бактериологи, в особенности в Германии, считают, что положительная туберкулиновая реакция является необходимой для получения резистентности в отношении повторных инфекций, а между тем вакцинированные дети реагируют на туберкулин лишь к концу второго года, а иногда вовсе не реагируют. Отсюда они заключают, что эти дети не обладают иммунитетом. Calmette считает, что такой взгляд на значение туберкулиновой реакции совершенно не соответствует данным экспериментального наблюдения. Так, Calmette наблюдал часто, что у молодых животных подкожное или внутривенное введение нескольких (мало!) туберкулезных бацилл, давало положительную туберкулиновую реакцию лишь после многих месяцев или она совсем не появлялась; с другой стороны, животные давно инфицированные, часто прекращали реагировать на туберкулин после многих недель или месяцев положительной реакции, несмотря на это они оставались резистентными по отношению к новым инфекциям. Таким образом Calmette считает вовсе неправильным то мнение, что туберкулезные поражения или положительная туберкулиновая реакция являются необходимыми для состояния иммунитета. В заключение по вопросу о критике его метода, Calmette считает необходимым напомнить, что ни один способ вакцинации против вирулентных инфекций не лишен определенного процента неудач, это же самое, само собой разумеется, имеет место и в данном случае.

Целый ряд других работ из разных стран (Бельгия, Румыния, Греция, Алжир, Индокитай) являются свидетелями того, что вопрос, поднятый Calmette'ом, получил живой отклик и весьма заинтересовал многих научных и практических деятелей медицины; при этом работа по вакцинации новорожденных постепенно развертывается, а в некогорых местах, как например в Индокитае, количество привитых достигает больше 20 тысяч. В большинстве стран вакцинация замыкается в узкие рамки опытного научного наблюдения, охватывая лишь новорожденных, находящихся в контакте с туберкулезными больными. Но имеются страны, где вакцинация вышла далеко за пределы научного опыта. В этом отношении заслуживает внимания организация вакцинации BCG в Румынии, предпринятая по инициативе директора института сывороток и вакцин профессора Cantacuzéne'a.

С весны 1926 года систематическая вакцинация новорожденных проводится в г. Бухаресте: 1) в двух самых бедных районах города, где ее проводят среди новорожденных 2 врача, с помощью соответствующего вспомогательного персонала. Они же ведут наблюдение за всеми вакцинированными; 2) в акушерской клинике медицинского факультета в Бухаресте; 3) в 2-х городских родильных приютах и в одном, находящемся в ведении благотворительного общества; 4) в яслях „св. Екатерины". Кроме того врачи и сестры - обследовательницы туберкулезных диспансеров ведут пропаганду за вакцинацию новорожденных среди наблюдаемых ими туберкулезных больных. На каждого вакцинированного имеется особый листок, и за ним устанавливается наблюдение. На целом ряде конференций и в специальной печати разбираются

вопросы вакцинации BCG. Предпринята даже широкая популяризация вакцинации: выпускается специальная популярная брошюра по этому вопросу, при чем регистрирующие брак гражданские власти вручают ее всем вступающим в брак. Население охотно проводит вакцинацию, процент отказов небольшой (2 проц). Общее количество привитых в Бухаресте достигает уже до тысячи. Одновременно с этими данными о вакцинации детей, имеется много также экспериментальных работ, направленных к изучению как безвредности вакцины, так и вакцинирующей способность ее. В основном они подтверждают наблюдения Calmette. Особый интерес, по нашему мнению; с точки зрения борьбы с туберкулезом рогатого скота, а тем самым с одним из могучих факторов распространения туберкулеза у людей, представляет работа Guèrine Richart et Boissieré, проведенная по заданиям Calmette'a.

После того, как Calmette'ом получены вполне убедительные результаты, подтверждающие предохранительные свойства вакцины BCG у телят, по отношению к искусственным массивным заражениям вирулентной туберкулезной культурой, он поставил для разрешения следующий вопрос: „Можно ли в хозяйстве, зараженном туберкулезом, не изменяя в нем условий жизни животных, ни методов их выращивания, вакцинируя вновь рожденных в первые 15 дней жизни и ревакцинируя их ежегодно, искоренить туберкулез в течение 5-ти лет". Эту задачу и выполнили названные авторы. Для этой цели они воспользовались фермой Гривиль. На ферме Гривиль разводился рогатый скот для получения молока и изготовления молочных продуктов, а также выкармливался для убоя. Как условия содержания скота, так и кормление были достаточно рациональные.

Первые данные о туберкулезе среди скота этой фермы относятся к 1915 году, когда один бык на вскрытии обнаружил многочисленные туберкулезные очаги в легких, сердце, перикарде, костальной плевре и друг. органах. Предпринятое после этого испытание на туберкулин (31 июля 1915 г.) всего стада, состоявшего из 67 голов рогатого скота, обнаружило в 32 случаях, т. е. 47,7 проц. положительную реакцию. Согласно установленному закону, все реагировавшие положительно животные были по возможности изолированы, и за ними было установлено тщательное наблюдение; стойла были дезинфецированы. Однако, все эти мероприятия не дали желательных результатов.

В 1919 году, вновь произведенное испытание на туберкулин обнаружило 26 положительно реагировавших животных, т. е. к 1920 году, к началу постановки опыта, было 41,7 проц. реагировавших положительно. Это показывает, что инфекция оставалась стойкой. Сначала было решено постепенно элиминировать положительно реагировавших, и в 1920 году из них было убито 14 голов. В действительности, в 7 случаях на вскрытии обнаружены значительные туберкулезные изменения. К этому времени, т. е. к концу 1920 года относится начало вакцинации и постановки опыта. При этом все предохранительные мероприятия, как то изоляция положительно реагировавших (их осталось 12), дезинфекция и прочие были отменены. Все вновь рожденные животные, с начала 1921 года до начала 1927 года, подвергались вакцинации после рождения и ежегодной ревакцинации. Способ введения материала подвергся некоторым изменениям, но с 1923 года он проводился уже постоянно в виде введения под кожу подгрудка 50 mgr BCG.

Данные этого огромного опыта на протяжении 6 лет, представлены в таблице № 2.

Таблица № 2.

ГОД	Старый туберкулезн. или заражен. состав (для эмилинац.)		Новый состав вакцинирован. и ревакцинированных			
	Животные туберкулезн. и рожден. до до 1921 г., наход. в зараж. среде	Погибли или убиты и найдены туберкулезными	Животные вакцинированные с рождения	Вакцинир., погибшие от посторонних причин	Вакцинированные и направл. на бойню	Из них найдены туберкулезн.
1921	64	0	21	4	—	—
1922	46	5	15	1	—	—
1923	34	1	11	2	—	—
1924	20	3	13	2	11	0
1925	15	0	23	9	5	0
1926	12	1	26	4	14	0
На 1 янв. 1927 г.	11 коров остались для элиминации		58 голов вакцинирован. и ревакцинирован. состоят на ферме			

Как видно из таблицы все стадо состоит из двух групп:

1. До начала 1921 года—это те, среди которых инфекция свила себе прочное гнездо (12—ясно реагировавших еще в 1919 году), 14 февраля 1922 г. испытание на туберкулин всего стада 64 голов, из коих невакцинированных 46, обнаружило 20 ясно положительных реакций и 9 подозрительных; все 18 вакцинированных дали отрицательную реакцию. Таким образом, инфекция еще тогда среди старого стада, оставалась стойкой. Количество скота этой группы постепенно уменьшилось: они направлялись на бойню, и на вскрытии у многих обнаружены ясные туберкулезные изменения.

2. Вторая группа рожден. с 1921 года, вакцинированные и ревакцинированные ежегодно. Уже с 1924 года было приступлено к испытанию вакцинированных животных, т. е. как обыкновенно на ферме, быки, достигая определенного возраста, направлялись на бойню. За период 3-х лет было направлено 30 голов, из которых 20 происходили от туберкулезных животных и вскормлены ими же (туберкулез у этих животных был установлен по положительной внутрикожной и офтальмореакции, при чем у многих был подтвержден на вскрытии). Ни в одном случае у вакцинированных, туберкулезные изменения на вскрытии не были обнаружены. Авторы приходят к выводу, что основной вопрос, поставленный для разрешения Calmette'ом, решается в положительном смысле: Вакцинация BCG отличается тремя особенностями весьма важными для всякого профилактического мероприятия: простота, безвредность и действительность.

Большой интерес представляют работы проф. Ascoli и его сотрудников в Миланском Институте противотуберкулезной вакцинации. Еще с марта 1925 года была начата во многих хозяйствах противотуберкулезная вакцинация скота. Наибольшее количество прививок было сделано молодым животным (телятам), в виде подкожной ин'екции в область подгрудка. Реакция выражалась в местном отеке,

сперва мягкой консистенции, величиной максимум в яйцо, который затем становился более плотным и у некоторых значительно уменьшался, а у других оставался без изменений до ревакцинации. Таких прививок сделано уже около тысячи, а ревакцинации насчитываются сотнями. Все данные подтверждают полную безвредность вакцинации. В этом убеждают, кроме параллельных опытов контроля вакцины на морских свинках, также многочисленные вскрытия привитых телят, предпринятые по разным причинам весьма ответственными лицами, далее изучение у телят местных очагов от прививки, где бациллы сохранялись живыми в течение круглого года и не восстановили свою вирулентность. Опыты, изучения предохранительной способности вакцины BCG, по отношению к искусственным заражениям предприняты весною 1925 года на козах и дали вполне благоприятные результаты. Они показали, что в то время как у контрольных животных наблюдалось резкое падение веса, а на вскрытии обширные туберкулезные изменения, у вакцинированных—прибавление веса, прекрасное состояние, а на вскрытии никаких особых изменений. Подобные опыты, проделанные на телятах (7 вакцинированных, 3 контрольных), показали, что одинаковая инфицирующая доза тех же туберкулезных бацилл, способная вызвать у контрольных животных туберкулезный процесс, не вызывает у вакцинированных видимых изменений.

Другие опыты с испытанием ревакцинированных животных показали, что они противостояли искусственной инфекции, вызывавшей у контрольных животных смерть через 25-30 дней. Еще целый ряд опытов в ходу, но уже и эти данные, сообщенные на Итальянском Гигиеническом С‘езде в 1926 году вызвали большой интерес. С‘езд высказал в особой резолюции удовлетворение, по поводу полученных результатов, и поручил Институту дальнейшее изучение вопросов вакцинации.

Изучение безвредности вакцины проводилось на лабораторных животных Remlinger и Bailly. Их выводы, основанные на количестве в 200 лабораторных животных, при различных способах прививки, при условии введения очень высоких доз вакцины BCG, привели их к подтверждению данных Calmette‘a о безвредности вакцины BCG.

Литература
(использованная для настоящего обзора).

A. Calmette. Sur la vaccination prèventive des enfants nouveau-nès contre la tuberculose par le BCG.

Annales de l‘institut Pasteur № 3. 1927. p. 201.

Guérin, Richart, Boissière. Essai de prophylaxie de la tuberculose bovine par le BCG dans une exploitation rurale infectée (1921-1927).

Ibidem, p. 233.

Weil-Halle et Turpin. Sur la vaccination antitubercule use de l‘enfant par le BCG.

Ibidem, p. 254.

Prof. Malvoz et D-r I. von Benedeu. Vaccination antituberculeuse par le BCG en Belgique.

Ibidem, p. 271.

Prof. Cantacuzène. Essais de vaccination des nouveau-nès contre la tuberculose par le BCG en Roumainie.

Ibidem, p. 274.

D-r Blanc. Premiers documents concernant la prémunition antituberculeuse des nouveau-nès par le vaccin BCG, recueillis a Athènes.

Ibidem, p. 277.

Bougebief. La vaccination antituberculeuse par le BCG en Algerie (1924-26).
Ibidem, p. 282.
D-r Noël Bernard. Le vaccin BCG en Indochine.
Ibidem, p. 284.
Remlinger et Bailly. Note sur l'innocuitè du BCG pour la cobaye et sur son elimination par le tube digestif après absorption par voie buccale.
Ibidem, p. 286.
E. Coulaud. Effets des injections intraveineuses massives de bacille biliè (BCG).
Ibidem, p. 289.
Metalnikov et Secreteva. Phagocytose et destruction de bacilles tuberculeux.
Ibidem, p. 300.
Prof. Ascoli etc. Expèriences de prophylaxie antituberculeuse par le vaccin BCG.
Ibidem, p. 314.

Рецензии

Практическое руководство по клинической гематологии. Д-р Гинзбург. Гор. Минск, 1927 г.

При современном уровне наших знаний, тех данных, которые дают нам в клинике физические методы исследования сплошь и рядом бывает недостаточен для постановки правильного и точного диагноза, и потому нет ничего удивительного в том, что клиницисты все чаще и чаще стали искать ответы на интересующие их вопросы в лаборатории. Если крайнее увлечение последней не может быть вполне оправдано, если клиницист в постановке диагноза ни в коем случае не должен игнорировать самые разнообразные методы исследования, то с другой стороны клинически образованный врач не может не знать и тех лабораторных приемов, которые в последнее время получили такое широкое распространение. В особенности большое внимание клиницисты уделили изучению крови. Являясь своеобразной жидкостью, омывающей различные ткани, получая свои составные части из различных органов, кровь таким образом является носительницей и выразительницей всех тех патологических отклонений, которые вызвал болезненный процесс в данном организме. И если бы мы были достаточно знакомы с одной стороны—с нормальной кровью, а, с другой стороны—с теми изменениями, которые вызывают в крови различные болезнетворные причины, то, конечно, постановка диагноза этим была-бы значительно облегчена. К сожалению, наши сведения по обоим этим вопросам далеко недостаточны, находятся в периоде разработки и как всегда в таких случаях бывает, всякий работник по крови вносит все новые и новые приемы исследований, предлагает те или другие реакции, которые, по его мнению, являются более точными и простыми. Разбросанные по различным периодическим изданиям, предложения эти сплошь и рядом остаются неизвестными для многих товарищей. Необходимость собрать эти данные воедино, разгруппировать их, изложить в короткой и доступной форме чувствовалось уж давно и поэтому появление таких книг, как Предтеченского, Шиллинга, Устрова и Владоса и др. всегда встречалось с большим вниманием. Быстрый темп развития гематологии требовал, однако, частого пересмотра и дополнений, выходивших периодически монографий, и всякое новое руководство по клинической гематологии может рассчитывать на радушный прием. Такой же прием должна встретить и книжка д-ра Гинзбурга „Практическое руководство по клинической гематологии“, в книге имеется 7 отделов, затрагивающих различные вопросы учения о крови. Конечно, не все они одинаково полно разработаны, но как правильно в предисловии говорит проф. Мелких, „всякий, желающий приобщиться к современной гематологии с ее лабораторной техникой найдет в ней все необходимые для клиник сведения, не обременяя себя ненужными для повседневной работы с деталями“. В особенности подробно автор остановился на технике исследования крови, шаг за шагом руководя работающим и этим давая возможность самому неопытному исследователю производить

сложные гематологические анализы. Слабее других разработан серологический отдел (P. W.), но это не умаляет достоинства книги, написанной со знанием дела; видимо, автор сам проделал большинство реакций и имеет о них собственное суждение. Язык местами хромает, но не настолько, чтобы это мешало пониманию. Книга издана хорошо. Бумага, шрифт и рисунки вполне удовлетворительные и сравнительно недорогая цена (2 р.) делает ее доступной не только для клинических лабораторий, но и для врачей и студентов, которым мы можем рекомендовать ее, как настольное руководство при повседневной работе.

Проф. **И. Титов.**

Отчеты и корреспонденции

Некаторыя паданыя аб абслугоўваньні забясьпечаных асноўнымі відамі лекавай дапамогі ў 1927-28 годзе.

Н. К. Фурс.

Пастановаю Савету Народных Камісараў ад 27 траўня 1927 г. аб ліквідацыі Аддзелаў Рабочай Мэдыцыны было даручана Нар. Кам. Аховы Здароўя выпрацаваць арыентыровачныя нормы мэдабслугоўваньня забясьпечаных асноўнымі відамі лекавай дапамогі. На падставе статыстычных паданых па васьмі акругах, акрамя Гомельшчыны (ня было вестак), за першую палову 1926-27 бюджэтнага году былі вылічаны нормы абслугоўваньня забясьпечаных у сучасны момант. Пры гэтым выявілася некалькі цікавых дэталяй:

Першае—гэта тое, што акругі, больш моцныя ў прамыслова-эканамічных адносінах, стаяць на першым месцы і ў мэдабслугоўваньні; другое—што ў сэнсе мэдабслугоўваньня мы параўнаўча мала адрозьніваемся ад РСФСР у сярэдніх лічбах. У той час, як мы маем 16 амбуляторных даведваньняў, на аднаго забясьпечанага з сям'ёй у РСФСР падае ў сярэднім 16,6. Па прамысловых акругах у БССР--17—19,7 амбуляторных даведваньняў, у РСФСР—19,6—19,8. У гарадох лічба гэта значна вышэй як у нас, так і ў РСФСР. Хатнія даведваньні ў нас значна вышэй. Мы маем 4,4 у сярэднім, у РСФСР—1,1. Гэта паказвае, што хатняе абслугоўваньне ў нас стаіць больш здавальняюча і нават перавышае літаратурныя нормы, якія даказваюць, што хатнія даведваньні павінны складаць 10 проц. ад амбуляторных, што для нас павінна даць 1,6 даведваньняў. Затое мы значна адстаем па абслугоўваньню ложкаваю дапамогаю. У сярэднім на аднаго забясьпечанага з сям'ёй у нас падае 3,7 ложка-дзён, у той час, як у РСФСР—4,6 за той самы тэрмін. Гэта паказвае, што ў нас у першую чаргу трэба пашырыць ложкавую дапамогу і амбуляторную, а хатняя, якая стаіць значна вышэй літаратурных норм, павінна паступова зьніжацца за кошт палепшаньня паказаных ложкавай і амбуляторнай. НКАховы Здароўя БССР мяркуе ўстанавіць наступныя арыентыровачныя нормы мэдабслугоўваньня забясьпечаных на 1927—28 год:

1. Хуткая дапамога арганізуецца ў тых гарадох, дзе колькасьць забясьпечаных перавышае 3.000.

2. Першая дапамога павінна быць арганізавана па прадпрыемствах, у якіх працуе больш 100 чал.

3. Амбуляторныя даведваньні — 18 на аднаго забясьпечанага з сям'ёй.

4. Хатняя дапамога—4,5 даведваньні на аднаго з сям'ёю.

5. Ложкавая дапамога — 4 ложка-дзён на аднаго забясьпечанага з сям'ёю.

Табліца фактычных норм абслугоўваньня забясьпечаных па асноўным відам мэддапамогі на падставе статыстычных даных 1-га паўгодзьдзя 1926-27 г. па акругам.

НАЗВА АКРУГІ	Кольк. амб. давед. за 1926-27 г. (1 паўг.)	Кольк. даведв. на даму	Кольк. праведз. ложка-дзен.	Кольк. застрах. на 1-ае мая	Сярэдн. за год на 1-га забясьпеч. з сям'ёй		
					Амб. даведв.	Даведв. на даму	Кольк. дзён
Віцебская . . .	224578	57013	53575	22771	19.72	5,02	4,7
Менская . . .	205472	101539	79802	31060	13,22	6,54	5.14
Магілеўская . . .	111361	16060	19750	11970	18,60	2.68	3,3
Полацкая . . .	63164	12019	8508	7541	17	3.18	2.24
Бабруйская . . .	113417	24525	20399	15397	14,74	3,18	2,66
Барысаўская . . .	79036	10914	9390	10710	14.76	2,04	1,75
Аршанская . . .	61819	16190	8532	9884	12,50	3,28	1,72
Мазырская . . .	42324	5962	10810	7124	11.88	1,68	3,04
Усяго .	901171	244252	210766	116457	16	4,4	3,7

Гэтыя нормы знаходзяцца ў стадыі ўзгадненьня з Галоўсацстрахам і Цэнтральнаю Радаю Прафсаюзаў Беларусі, пасьля чаго па зацьверджаньні СНК БССР павінны будуць прымацца за аснову пры складаньні каштарысу па лек. фонду на 1927-28 год.

Паказаныя нормы зьяўляюцца арыентыровачнымі, і каждаю акругаю могуць і павінны быць перагледжаны, згодна патрэбам і асаблівасьцям сваёй акругі.

Там, дзе яны перасягнулі паказаныя сярэднія, у ніякім выпадку не павінны зьніжацца; там, дзе яны значна адстаюць ад сярэдніх, павінна, прымаючы пад увагу рэальныя бюджэтныя магчымасьці з аднаго боку, а з другога — усе асаблівасьці забясьпечаных данай групы, як-та—дынаміку росту скарыстоўваньня паасобных відаў лекавай дапамогі за прошлыя часы, мясцовыя ўмовы, спрыяючыя захвараваньню, і гэтым самым аказваючыя ўплыў на запатрабаваньне лекавай дапамогі кватэрныя ўмовы, умовы працы і г.д.—павінна паступова павышаць у першую чаргу ложкавую дапамогу і амбуляторную, у другую—хатнюю і другія віды лек. дапамогі. Асаблівая ўвага павінна быць зьвернута на якаснае палепшаньне мэд. дапамогі забясьпечаным.

Вось тыя задачы, якія стаяць перад органамі аховы здароўя ў сэнсе забясьпечаньня мэддапамогай застрахованых у 1927-28 годзе.

Краткий отчет о деятельности Гомельской городской санитарно-эпидемиологической организации за 1926 г.

Л. С. Марголин.

Работа Саннадзора. Штат: Старший санврач (он же зав. Санстанцией), 2 районных санврача, с 1-го декабря 1926 года жилищно-санитарный врач, 2 санлекпома.

В деле жилсаннадзора установлен тесный контакт со всеми органами, ведающими жилищным строительством. Рассмотрено и утверждено 293 проекта новых строений, из коих 32% были изменены по указанию санврача. В порядке текущего надзора за новым строительством произведено обследований 103; в результате указаний на целый ряд дефектов санитарно-технического характер, как кооперативного, так и индивидуального строительства—усиление технического надзора (организация междуведомственной комиссии). Принято 54 новых строений, крупных ремонтов—19.

Текущий надзор за сансостоянием жилищ—1137 осмотров, из коих 248 по заявлениям госучреждений и частных лиц. Количество квартир, взятых на санучет—244. Жилсаняччеек организовано 46.

Гостиниц на учете саннадзора—46. К 31 из них были пред'явлены требования о ремонте; в 22 был выполнен, 9 закрыто. Регулярно обследовались общежития, клубы (по особым анкетам) и др. места массовых скоплений. В театрах и кино, по настоянию саннадзора, введена нумерация мест и улучшено сансостояние помещений.

В деле снабжения питьевой водой производится регулярный контроль за водопроводной водой. Обследованы (по особым картам) все колодцы города (95), закрыто 6 колодцев, даны указания о необходимости ремонта 21 колодца, частично ремонт произведен. Вода из всех открытых колодцев (50) подвергалась хим.-бакт. исследованиям.

В деле удаления отбросов и нечистот в нынешнем году удалось заставить отремонтировать весь имеющийся в городе ассенизационный обоз (устройство герметических люков, окраска и т. д.), введена нумерация бочек. Всего на учете саннадзора—87 бочек. Отведено место для свалки жидких нечистот, но пока Коммунхозом оно не приведено в порядок.

Установлены приспособления для очистки сточных вод заразной больницы, 1-й узловой б-цы и жел. дор. бани.

Отремонтировано и улучшено санитарное состояние городской бани; приведены в порядок, согласно Обязат. Постан., „склады тряпья и костей" (устроена вентиляция, осветлены и отеплены). Улучшено санитарное состояние кожевенных заводов, путем устройства, по требованиям саннадзора, необходимых ремонтов на кожзаводе Полесторга устроена канализация. Закрыты в центре города частные производства по обработке щетины и волоса, отремонтированы 3 салотопни.

На учете саннадзора—67 парикмахерских. Мелкие парикмахерские на базарах ликвидированы. 24-м пред'явлены требования о ремонте, который полностью выполнен, 6 закрыто.

Сезонная очистка города: совместно с членами Горсовета обследовано 1.200 усадеб, наложено 174 штрафа; в результате значительное оздоровление владений, возведение надворных санитарных сооружений.

Всего за текущий период произведено 4.402 обследования по куммунальной санитарии.

В области пищевой санитарии в нынешнем году удалось улучшить санитарное состояние центрального базара (сосредоточение однородной торговли в определенных рядах, ремонт всех ларьков, замощение и пр.) и несколько—Никольского.

Все пищевые предприятия до открытия подвергались предварительному саннадзору. В настоящее время зарегистрировано 795 разных пищевых предприятий. Во всех имеются сантетради, где делаются отметки санврачами во время обследований. За указанный период распространена 841 тетрадь.

Обследований мест изготовления, хранения и продажи пищевых продуктов произведено 8.469, за это время было из'ято и подвергнуто анализу в Санстанции 920 проб пищевых продуктов. Рыночных проб молока—775. Качество молока значительно улучшилось: всего 4% фальсификации (15—20% воды) против 20-ти % в прошлом году. Отремонтировано и улучшено санитарное состояние скотобойни, где усилен ветсаннадзор. Ликвидирована продажа неклейменного мяса. Улучшено санитарное состояние клеймпункта распределительного мясного двора. Закрыто 5 колбасных мастерских, наложено 26 штрафов на колбасные и мясные лавки. Особое внимание уделялось надзору за хлебопекарнями (11 закрыто), борьбе с подкрашиванием продуктов анилиновыми красками; строгому надзору подвергались в летнее время мастерские фруктовых вод, производства мороженного (закрыто 12).

Состояние общественных и других столовых за последний год улучшилось, всюду выполняются требования саннадзора, приведены в порядок дворы (устроены новые выгребные ямы, поставлены насосы для поливки и очистки дворов), в столовых для посетителей установлены умывальники. Качество и калорийная ценность обедов исследуется в хим. отд. Санстанции.

Необходимо указать, что общественное питание развито слабо: приблизительно лишь 2—2½% населения охвачено им.

Всего обследований за год 12.871; из них по заданию—1.282.
Отмечено саннарушений—2.903; из них устранено—1.751.
Наложено штрафов—446.
Закрыто—54 разных предприятий.

Противоэпидемическая работа.

Все случаи остро-заразных заболеваний обследовались санврачами, которыми на месте принимались меры к обезвреживанию больных и предохранению окружающих от заболеваний. Таких обследований—393. Продезинфецировано 388 квартир и на Санстанции—30.858 комплектов. Кроме текущей работы проведен ряд кампаний. Вспыхнувший было сыпной тиф в декабре прошлого года ликвидирован путем абсолютной госпитализации, тщательной дезинфекции целых домов, обсервации и др. мерами. Появившийся в июне месяце в ночлежном доме (завезенный) возвратный тиф, путем принятия

экстренных и своевременных мер, не имел распространения за пределами ночлежного дома (8 заболеваний). Производилось наблюдение за результатом вакцинации против скарлатины в прошлом году 3.000-х детей и подвергались вакцинации все дети, имевшие соприкосновение с больными, всего—584 ребенка. В результате всех мероприятий скарлатина дала всего лишь 206 заболеваний за год, при средней заболеваемости по городу 300 человек.

Проведена кампания по борьбе с малярией. Борьба с зимовками комаров, обследование на дому всех маляриков, детдомов, профилакт. хинизация и т. д. Всего заболеваний малярией 455—снижение по сравнению с прошлым годом на 50%. Широко проведена оспенная кампания: за текущий период произведено свыше 4.000 прививок. Если принять во внимание количество прививок, произведенных за прошлые 2 года, то можно считать, что ревакцинировано до 25% населения города; за последние 2 года не было ни одного случая заболевания оспой в городе.

По ликвидации в прошлом году, путем улучшения водоснабжения Залинейного района, эпидемии брюшного тифа, последний дает не высокую цифру заболевания, в среднем не более 8—10 в месяц. Всего зарегистрировано 97. Дифтерия в нынешнем году дала 48 заболеваний. Применялась пассивная иммунизация детей, приходивших в соприкосновение с больными, всего в 164 случаях и исследование на бациллоношение—204.

Работа санитарной станции.

За текущий период при санитарной станции выделена особая лаборатория для исследования мозга животных при Пастеровском отделении, открыта столовая на 50 чел. при общежитии Пастеровского отделения, организовано изучение профессиональных вредностей при химическом отделении. Все здания санитарной станции подверглись капитальному ремонту.

В бактериологическом отделении за год произведено 16.529 анализов, на 25% больше, чем в 1925 году и на 110% больше, чем в 1924 году, реакций Вассермана—2.733.

В химико-гигиеническом отделении произведено 833 анализа, на 16% больше, чем в 1925 г. и на 125% больше, чем в 1924 году. Из них исследований судебных—57.

Через Пастеровское отделение прошло 1.630 укушенных бешеными животными (за предыдущий год 1.042). Произведено 21.503 прививки изготовленным в отделении материалом. Через общежитие отделения прошло 1.132 человека, коими проведено 15.483 дня.

Оспенным отделением изготовлено 250.000 доз оспенного детрита, из коих 225.005 роздано для вакцинации по городу и уездам.

Результат контроля детрита Санстанции Государственным И-м Контроля сывороток и вакцин, вполне удовлетворительный.

Через изолятор прошло 190 больных, коими проведено 866 дней.

Транспортировано 365 заразных больных.

В дезинфекционном отделении продезинфецировано 30.858 комплектов через камеры отделения при 376 зарядах.

Через малярийное отд. прошло 2.026 больных, из них первичных 535.

Произведено 1.717 паразитолог. анализов (с положительным результатом— 525).

Шесть месяцев работы кабинета уха, горла, носа при амбулатории для застрахованных гор. Полоцка.

В. Витте.

До конца октября 1926 г., в течение более года, Полоцк врача ляринголога не имел. Работа врача-специалиста по ушным болезням в г. Полоцке складывается: из работы в горамбулатории, детском диспансере и Народной б-це, где имеется 5 коек для ушных больных при хирургическом отделении.

Оборудование: кабинет по болезням уха, горла, носа в горамбулатории только в отчетный период оборудован более или менее инструментарием. Большинство закупленных инструментов оперативные (конхотомы, тонзилотомы, щипцы, кольцевидные ножи). Ощущается недостаток в диагностических инструментах (кресло Вачапу, камертоны и т. д.). Б-ца имеет наборы долот, ранорасширители, кюретки, частично инструменты для операций на перегородке носа. В последнее время устанавливается пантостат с гальванокаутером, лампочками для диафаноскопии, выписан набор Brünings'a для бронхо-эзофагоскопии.

Прием больных: б-ные принимаются в горамбулатории два раза в день: днем 2 часа и вечером $1^1/_2$-2 часа. На дневном приеме фиксировано число больных—20 чел. (для иждивенцев). На вечернем—13 б-ных (для активных застрахованных). Крестьяне, кустари, принимаются на дневном приеме в количестве 2—5 человек по запискам из крестьянской амбулатории при б-це. Один раз в неделю дневной прием отведен для оперативных случаев.

Посещаемость: всего через кабинет за шесть месяцев прошло 4089 больных застрахованных и их иждивенцев, первичных 884, повторных 3205. Кр-цы, крестьяне, кустари и проч. составляют всего около 600 посещений за шесть месяцев.

Способы лечения: мы пользуемся общепринятыми способами лечения, за тем исключением, что на руки б-ным стараемся не назначать медикаментов, кроме как в острых случаях. Ушные гнойные заболевания (средние и наружные отиты) мы лечим исключительно сами (за исключением приезжих б-ных) по способу Bezold'a—промыванием уха и последующим вдуванием мелкого порошка борной кислоты. Этот способ и у нас дает прекрасные результаты—хронические застарелые процессы удается ликвидировать в 3-4 недели. Пробовали лечить посевом культуры Bac. Bulgaricus—результаты тоже получались ободряющие, но неудобно с пересевами культуры. В последнее время пробуем жидкость Calot, о которой в заграничной литературе имеются хорошие отзывы; катарральные отиты лечатся нами продуваниями и пневмомассажем барабанной перепонки—вручную посредством воронки Зигля. Результатами мы тоже довольны.

При лечении отосклероза мы совершенно отказались от применения местных процедур и пробуем внутреннее вливание хлористого кальция.

В лечении заболеваний носа мы чаще всего прибегаем к назначению различных мазевых средств. Зловонный насморк лечим Ol. Vaselini на тампонах в нос 2 раза в день, в последнее время пробуем аутогемо-терапию.

Заболевания придаточных полостей носа, искривление перегородки носа, полипозные гипертрофии нижних раковин лечим хирургическим путем.

Заболевание горла: широко применяем смазывания (люголевские растворы, Argent. nitricum 1—7%), прижигания acid. Trichloraceticum, щелочные и щелочно-вяжущие полоскания, ингаляции.

Хирургическое лечение: всего в амбулатории за 6 месяцев произведено 111 операций из них:

Резекций миндалин	23
Удалений аденоидных вегетаций	38
Резекций нижних раковин	17
Удалений полипов носа	16
Вскрытий перитонзиллярных абсцессов	4
Резекций шипов носовой перегородки	3
Проколов Гайморовой пазухи	2
Извлечений инородных тел из уха	3
Резекций средней раковины	1
Извлечений инородных тел из носа	2
Удалений фибром основания черепа	1
Удалений полипов уха	1
Всего	111

Внутригортанных операций не было за полным отсутствием инструментов.

По б-це произведено 26 операций, из них:

Подслизистые резекции носовой перегородки	3
Резекция средних раковин	2
Резекция миндалин	1
Трепанация сосцевидного отростка (антротомия)	5
Трахеотомия	3
Лярингофиссура	2
Вскрытие Гайморовой полости	3
Радикальная операция на ухо	3
Полипы носа	1
Опухоли носа	2
Пластика мягкого нёба	1
Всего	26 операций

Из перечисленных оперативных случаев надо отметить случай удаления фибромы основания черепа, когда опухоль, сидевшая на широком основании, величиной с грецкий орех, была вылущена пальцем через рот. Кровотечение незначительное. Затем интересен случай стриктуры гортани у мальчика 14 лет на почве бывшего воспалительного заболевания год тому назад. Была произведена трахеотомия, через две недели лярингостомия, в гортань вставлена резиновая трубка, трахеотомическая трубка вынута, через $1^1/_2$ месяца вынута и резиновая

трубка, рана закрыта. Результат получился великолепный и наблюдается уже 4 месяца. Всего мы имели две смерти—одна б-ная с туберкулезным поражением полостей левого уха умерла от обострения легочного туберкулеза, другая умерла от менингита после удаления громадной опухоли наружного носа. Неосторожно была вскрыта полость, имевшая, повидимому сообщение с подпаутинным пространством.

В общем, за отчетный период работа отиатра-ляринголога-хирурга получила все права гражданства в хирургическом отделении и привлекает все большее и большее количество больных среди населения не только города, но и деревни.

Намечается вполне законное стремление к выделению особого ушного отделения в больнице с собственными палатами, оборудованием и т. д., а по мере роста больных встанет вопрос и о расширении числа коек до 10.

Недостатки: в постановке нашей работы надо отметить один острый недостаток—слишком малый процент обслуживания ушных больных—крестьян (2—5 чел. в день). Об'ясняется это тем, что врач-специалист по бол. уха, горла, носа содержится на средства страхкассы (фонд „Г“). Выделить же прием для крестьян нет возможности—одному врачу не управиться с такой работой.

Для целей приближения к населению спец. помощи, по нашему мнению желательны были бы и периодические выезды в местечки, большие деревни для консультирования с участковыми врачами по части лечения ото-рино-ляринголигических б-ных. Это мероприятие в настоящее время, при отсутствии достаточной сети специальных кабинетов, имело бы, большое значение. Опять таки для одного врача это затруднительно.

На основании нашей полугодовой работы в г. Полоцке мы можем сделать некоторые выводы:

1. Постановка дела оказания ото-рино-ляринголигической помощи в Полоцком округе должна считаться недостаточной.

2. В целях экономии средств необходимо в г. Полоцке иметь хорошо оборудованный кабинет и небольшое отделение при стационарах на районах. Это мероприятие даст возможность избегнуть дорогостоющих посылок больных в крупные центры и приблизить спецпомощь к населению.

3. Необходимо больше распространять сведения по диагностике и лечению ото-рино-ляринголигических заболеваний среди райврачей (доклады, демонстрация больных на общих с'ездах врачей округа и т.д.).

4. Необходимо в бюджет больниц включить и содержание врача-отиатра, чтобы этот род спецпомощи сделать более доступным для крестьянских масс.

Усесаюзны вадаправодны і санітарна-тэхнічны зьезд.

Магілеўчык.

З 7 па 15 мая ў г. Харкаве адбыўся II Усесаюзны, а па дарэвалюцыйнаму счысьленьню XIV вадаправодны і санітарна-тэхнічны зьезд. Гісторыя гэтых зьездаў налічвае больш як 30 год. Сучасныя зьезды па свайму зьместу, складу ўдзельнікаў і характару самой працы ў значнай меры адрозьніваюцца ад мінулых (дарэвалюцыйных). На мінулых зьездах абгаварваліся пытаньні ў больш вузкім маштабе санітарнай тэхнікі (вадаправоды, каналізацыя) адносна буйных гарадоў. Удзельнікамі зьезду зьяўляліся амаль адны інжэнэры-спэцыялістыя па гэтых справах. Зараз санітарная тэхніка ў сацыялістычным будаўніцтве Савецкага Саюзу мае больш шырокія задачы, ня толькі ў гарадох але і ў вёсцы. Камунальная санітарыя, санітарная тэхніка і дабрабыт залюдненых месц у сувязі з індустрыялізацыяй Савецкага Саюзу набываюць яшчэ большае значэньне, асабліва ў буйных цэнтрах.

У адпаведнасьці высунутым задачам, склад удзельнікаў зьезду папоўніўся новымі работнікамі. Апрача інжэнэраў розных спэцыяльнасьцяй у працы зьезду прымалі ўдзел санітарныя дактары і работнікі камунальнае гаспадаркі, з іх дзелавым гаспадарчым падыходам у галіне камунальнага будаўніцтва і благаўстройства. Супольная праца навуковых сіл з практыкамі зьявілася тым стыкам, які даў паўнату ў агульную працу зьезду.

На зьезьдзе было больш 400 дэлегатаў; ад Беларусі 5 чалавек. Апрача дэлегатаў Саюзных Рэспублік, на зьезьдзе прынялі ўдзел дэлегаты Турцыі.

Праца зьезду складалася з цэлага шэрагу пытаньняў санітарна-тэхнічнага характару, зьвязаных з аздараўленьнем, упарадкаваньнем і благаўстройствам гарадоў, рабочых паселкаў і вёскі. Пляноўка, вадазабясьпека, удаленьне і ачыстка брудных гарадзкіх і прамысловых вод, спосабы ўдаленьня і абязврэджваньня цьвёрдых адкідаў, розныя пытаньні адносна санітарна-тэхнічных установак, штандартызацыя і ўдасканаленьне іх у санітарных і тэхнічных адносінах, утаненьне формы эксплёатацыі і г. д. былі асноўнымі пытаньнямі ў працы зьезду. Па гэтых пытаньнях зьездам вызначаны цэлы шэраг навуковых і практычных мерапрыемстваў, якія зараз стаяць неадкладна ў будаўніцтве Савецкага Саюзу. Усе рашэньні зьезду шчыльна ўвязаны з сучаснымі эканамічнымі ўмовамі і магчымасьцю правядзеньня іх у жыцьцё. Асаблівае месца ў працы зьезду займалі пытаньні аб вадазабясьпецы вёскі і неабходнасьці пры гэтым правядзеньня навуковых гэолёгічных і гідролёгічных дасьледваньняў, дасьледваньняў якасьці і рэжыму вод у розных раёнах Савецкага Саюзу. У гэтым напрамку, якраз пакуль што мала навуковых даных, што перашкаджае правільнаму плянаваму будаўніцтву вёскі, якое зьвязана з перасяленьнем, расьсяленьнем, зямляўпарадкаваньнем і г. д.

Пры зьезьдзе была арганізавана выстаўка з цэлага шэрагу экспонатаў і санітарна-тэхнічных установак, асобных прылад, праэктаў, чэрцяжэй, дыяграм і г. д. Выстаўка досыць яскрава сьведчыла аб дасягненьнях санітарнай тэхнікі ў камунальным будаўніцтве Савецкага Саюзу за час яго існаваньня і пэрспэктывах у гэтай галіне на далейшае.

Апрача гэтага выстаўка папоўнена была некаторымі фірмамі Нямеччыны і Турцыі.

Дэлегаты зьезду ў Харкаве падрабязна азнаёміліся з санітарна-тэхнічнымі ўстановамі і месцамі грамадзкага карыстаньня, маючымі санітарнае значэньне—лазьні, вадаправод, каналізацыя, хлебазавод, сталоўкі і г. д. Шмат чаго ёсьць новага ў гэтым, напрыклад, нядаўна пабудованая лазьня зрабіла надта прыемнае ўражаньне сваёй архітэктурай і санітарна-тэхнічным абсталяваньнем.

Урэшце, трэба адзначыць, што праца зьезду для ўсяго Саюзу мае вялікае эканамічнае і гаспадарчае значэньне.

Итоги II-го Всесоюзного с'езда ото-рино-ляринологов.

Проф. С. Бурак.

Состоявшийся в Москве 26-30 апреля II-ой Всесоюзный с'езд ото-рино-ляринологов, привлекший до 500 участников, должен быть отмечен, как крупное общественное явление. Целый ряд работ был посвящен изучению профессиональных вредностей в области верхних дыхательных путей и слухового органа, изысканию мер социальной профилактики, особенно по отношению к профессиям, связанным с шумом котельщиков, ткачей и т. п. Наркомздрав Н. А. Семашко в своей приветственной речи с'езду отметил большие заслуги в этом направлении современной ото-рино-ляринологии и огромной важности задачи, поставленные перед ней профилактическим направлением Советской медицины. Многочисленные доклады (до 90), программные рефераты по вопросу о профессиональных ушных и горловых заболеваниях и по туберкулезу верхних дыхательных путей, оживленные прения по целому ряду сложнейших проблем нашей дисциплины, как, напр.: по вопросу о вестибулярной функции, о роли и значении отолитов, о физиологии миндаликов и т. п., отражали наиболее интересные моменты в путях современных теоретических и практических изысканий по различным отделам нашей специальности, наметили некоторые новые перспективы в лечении тугоухости и даже глухоты, углубили наше понимание патологической основы многих поражений ушного лабиринта и остановили внимание с'езда на все возрастающую угрозу здоровью широких слоев населения со стороны таких эпидемических (в БССР) заболеваний, как склеромные поражения верхних дыхательных путей.

Интересно сравнить наш последний с'езд с предыдущими, особенно дореволюционными (1908, 1910 и 1914 г. г.). Ото-рино-ляринология далеко вообще шагнула в последние годы вперед, но особенно у нас в СССР. Вместо 2-х—3-х научных центров, главным образом в столицах, мы имеем теперь до 25 рассадников ото-рино-ляринологических знаний, раскинутых в центре и на окраинах СССР. Мы начинаем равняться по Западу и по тем теоретическим задачам, которые разрабатываются лабораторным путем, и по практическим достижениям. Новейшие веяния в области биологических проблем и лечебных методов находят сейчас у нас своих горячих апостолов и отличных исполнителей. Большим тормозом для прогресса О-Р. Л-ии является однако не вполне уравненное и поныне академическое положение нашей дисциплины по сравнению с близкими и родственными ей. Недостаток оборудования, полное нередко отсутствие даже в крупных центрах необходимого оборудования, инструментария и особенно недостаток квалифицированных специалистов при колоссальном спросе на них,—об'ясняется особым положением до последних лет нашей дисциплины,

ютившейся на задворках официальной медицины, входившей в число необязательных предметов преподавания без своей кафедры, без специальной клиники и т. п.

В виду недостаточности количественной и качественной помощи, оказываемой населению (особенно уездов, не говоря уже о массе крестьянства, кр. почти совсем лишено ушной помощи) при сильно возросшем спросе на нее, с‘езд обращает внимание НКЗ-ов на необходимость принятия мер для усиления этой помощи; следует стремиться к тому, чтобы в каждом уездном центре, при каждой больнице был хотя бы один ото-рино-ляринголог.

В виду большого недостатка в специалистах с‘езд считает целесообразным допустить экстернатуру в клиниках и отделениях крупных больниц по уху, горлу и носу.

Далее с‘езд признал необходимым ввести преподавание О.-Р. Ларингологии не только на 5-ом, но и на 4-ом курсе и государственные экзамены по этому предмету для кончающих медвузы.

В виду невозможности нередко оказывать надлежащую помощь в существующих уже отделениях из-за недостатка необходимого инструментария, С‘езд решил обратить внимание НКЗ на необходимость облегчения возможностей приобретения нужного, но не вырабатываемого в СССР инструментария, за границей.

Необходимо далее улучшить положение специалистов ото-ляринголога. В виду особых условий нашей специальности, связанной с большой профессиональной вредностью, вследствие постоянного тесного контакта с всевозможными инфекционными болезнями (грипп, дифтерит, туберкулез, сифилис, склерома) и в виду того, что нам приходится постоянно работать в темной комнате, при напряжении глаз, с‘езд считает необходимым установать для ушника 4-х часовой амбулаторный прием с количеством больных не больше 30-ти. Необходимо также приравнять ото-ларингологов в смысле права на дополнительный отпуск к работникам туберкулезных диспансеров. Имея в виду, что наша специальность в последние годы с прогрессом ее приняла преимущественно хирургическое направление, необходимо установить в ушных отделениях штат, равный относительно штату хирургич. отделений с одинаковым количеством коек, подлежащих обслуживанию на 1 работника. С‘езд остановил особенное внимание на все усиливающееся в СССР распространение склеромы, принявшей эпидемический характер в БССР, в виду чего обращено внимание НКЗ на необходимость устройства в БССР хотя бы одного склерозория для изоляции и длительного лечения склеромных больных на подобие лепрозории.

С‘езд высказался также за необходимость обязательной регистрации каждого случая склеромы.

Все склеромные больные должны пользоваться бесплатным лечением.

Вообще, надо признать, что с‘езд и по научной своей работе и по общественному направлению оказался очень интересным и продуктивным.

Научное общество минских врачей.

XIII заседание (30 октября 1926 г.): 1) Д-р Перельман демонстрирует препарат части желудка, резицированной у 40-летнего больного, перенесшего 3 года т. н. операцию G-E-A по поводу язвы привратника. 3 месяца т. н. возобновились боли и появилась кровь в испражнениях. Подозрение на Ulcus pepticum. Снова операция, при которой оказался скирр. Этот случай, по мнению докладчика, является иллюстрацией к теории о прекарциноматозном состоянии язвы.

2. Д-р Дихтяр. *К вопросу о современных задачах санитарной организации.* (См. „Беларуская Мэдычная Думка“ № 10-11, 1926 г., стр. 11).

В прениях, в которых принимали участие Д. Каминский, Рубинчик, Канторович, Могилевчик и др., высказывались мнения, что при ограниченности кредитов здравоохранения вряд ли возможно строгое разграничение функций лечебной и санитарной. Указывалось и на то, что пока не разрешен жилищный вопрос, пока человеку положены 2 сажени жилплощади, не может быть речи о рациональной санитарии.

В заключительном слове докладчик еще раз подчеркнул важность санитарной организации в деле оздоровления населения и выразил надежду, что все-же удастся и „лечебников“ втянуть в санитарное строительство.

Председатель поблагодарил докладчика за интересный доклад из области общественной медицины и выразил надежду, что доклад этот будет не последним.

3. Д-р Соломин. *Клиническое значение урохромогенной реакции Weissa.*

Остановившись на биохимической сущности и на технике этой реакции, докладчик вслед за тем подчеркнул значение ее для определения степени распада тканей в организме. Всякое воспалительное заболевание, а также и процессы распада тканей характеризуются появлением в моче урохромогена. Особенно показательна эта реакция при туберкулезе легких, не только в смысле диагноза, но и прогноза. Во 2-й части доклада д-р Соломин поделился своими наблюдениями над 83 больными, которых он разделил на 2 категории: нетуберкулезных и с Tbc легких. На основании своих наблюдений докладчик пришел к следующим выводам: 1) Реакция Weiss'а неспецифична для Tbc легких. 2) Она выпадает положительно при всех тех заболеваниях, при которых имеется распад белков и пониженная сопротивляемость организма. 3) При Tbc легких постоянная отрицательная реакция говорит за небольшие изменения в легких и благоприятный исход; при длительной резко положительной реакции прогноз грозный. 4) Урохромогенная реакция более чувствительна и появляется раньше, чем диазореакция. 5) Эта реакция имеет большое значение в оценке наших терапевтических мероприятий, как напр., искусственного пнеймоторакса, кальциевой терапии и т. п.

Председатель проф. Гаусман, отметив значение реакции Weiss'а, как вспомогательного диагностического и прогностического фактора, предложил испытать ее при скарлатине, где диазореакция всегда бывает отрицательная.

XIV заседание (13 ноября 1926 г.). 1) Д-р Дворжец демонстрировал пару рефракционных очков рабочего-металлиста, сплошь усеянных мельчайшими частичками металла, при чем эти частички имеются и на стороне, обращенной к глазу. Выводы: 1) осколки летят с очень большой силой; 2) необходимо носить предохранительные очки, приспособленные к той или иной работе, или хотя рефракционные, но с большими, круглыми и крепкими стеклами.

2. Проф. Рубашев демонстрировал больного, у которого после ранения n. tibialis появлялись язвочки на пятке, Hypertrichosis, Atrophia etc. После сшивания нерва—заживление, но скоро рецидив и боли. Через полгода периартериальная симпатикоэктомия. Заживление и снова рецидив. Отсюда вывод: Язвы рецидивируют несмотря на длительную гиперемию. Кроме того в таких случаях страдает не только сосудистая система, но имеются и нейротрофические расстройства.

3. Д-р Берман. *О добровольных экспериментальных заражениях врачей венерическими болезнями.* Доклад представляет собою экскурсию в историю медицины, где автор привел целый ряд имен самоотверженных экспериментаторов—профессоров, доцентов, врачей, студентов и других лиц, а также мотивы, обстоятельства и результаты их опытов, которые сыграли очень большую роль в эволюции доктрин, касающихся венерических болезней. Из этого исторического обзора видно, что прививки венерических болезней установили разницу между этими болезнями, которые раньше смешивались. Они установили также срок инкубации, эволюцию болезней и их заразительность. Доказана возможность профилактики. К счастью, теперь уж нет нужды делать прививки венерических болезней человеку, так как новые лабораторные методы и возможность прививать эти болезни человекоподобным обезьянам избавляют нас от таких опытов, которые могут быть опасны и чреваты всякими последствиями. Но те лица, которые себе самим прививали эти болезни, оказали человечеству неоцененные услуги.

XV заседание (27 ноября 1926 г.) 1) Проф. Соколовский демонстрировал препарат резецированного рака Flexurae hepaticae.

2. Проф. Соколовский. *Об оперативном и ортопедическом лечении туберкулеза костей и суставов.* Краткий исторический обзор этого вопроса. Работы Ollier'а, положившие начало оперативному лечению костного туберкулеза. Охлаждение к этому методу после работ Menar'а и Rollier'а о блестящих результатах консервативного лечения, во главе которого ставится горный и морской воздух и солнце. Недостаток этого метода—чрезмерная продолжительность лечения, не всегда доступная как с материальной, так и с социальной точки зрения. Дальнейшие работы, а также большие статистические данные Kocher'а и Garré приобретают многих сторонников радикального удаления больных очагов. Но все же оперативный метод не получил надлежащего распространения потому, что неточно разработаны показания к тому или другому способу лечения. Прежде всего докладчик критикует ставшее очень распространенным мнение, что у детей следует больные конечности иммобилизировать, у взрослых—резецировать, у стариков—ампутировать. Не все виды туберкулеза у детей следует лечить покоем: изолированные очаги, поодаль от эпифизов, следует эксцидировать,

выскабливать, с последующим глухим швом раны. Социальному моменту докладчик тоже придает большое значение. В то время, как средняя цифра дней, проведенных в санатории при консервативном лечении, равна 130-150, больные после резекции делаются работоспособными после 2-3 месяцев. Материал докладчика, обнимающий 125 случаев, дает среднюю продолжительность пребывания в больнице до 20 дней. Третьим показанием докладчик выставляет патолого-анатомические формы процесса: при свежих цветущих формах—консервативное лечение и лишь после того, как процесс стихает—резекция.

Целым рядом цифр собственного материала докладчик иллюстрирует свои положения и выражает надежду, что мода консервативного лечения костного и суставного туберкулеза скоро уступит оперативным и радикальным методам. Следует поднять вопрос об организации при больницах туберкулезных коек, что будет выгоднее и дешевле, чем дорого стоющее санаторное лечение.

В прениях проф. Рубашев отметил важность поднятого докладчиком вопроса, не будучи во многом согласен с ним. Так, при туберкулезных перитонитах оппонент видел очень хорошие результаты, особенно при эксудативной форме. Операция Ольби, которая не может рассматриваться как оперативный способ, а как консервативный, при соответствующем подборе больных (не у детей), также дает хорошие результаты. И вообще докладчик слишком мрачно смотрит на консервативное лечение. К тому материал слишком мал, чтоб делать из него категорические выводы.

В прениях приняли участие также проф. Гаусман, врачи Рубинчик, Канторович, Мирер и Маршак.

Председатель видит интерес доклада в том, что такой сложный вопрос, как лечение костного и суставного туберкулеза, поставлен докладчиком в определенные рамки, отнюдь не подводя шаблона под этот вопрос. Надо согласиться с докладчиком, что при гонитах у взрослых радикальное лечение дает стойкие результаты. Надо также приветствовать желание докладчика использовать минимум коек при максимуме больных.

XVI заседание (18 декабря 1926 года). 1) Д-ра Р. Е. Гинзбург и С. М. Лифшиц демонстрировали больную с миэлогенной лейкемией. Представлены: история болезни, клиническая картина, анализ крови и другие обследования, а также результаты терапии. В виду безуспешности применения мышьяка и бензола применена была рентгенотерапия в малых дозах. Лейкоцитоз был доведен до 17 тысяч. Это лечение симптоматическое. Эффект бывает временный. Рецидивы труднее поддаются лечению.

Д-р Флекель утверждает, что бензол дает не худшие результаты, чем рентген, а если докладчица не получила успешных результатов, то это надо об'яснить, вероятно, плохим препаратом.

Д-р А. Поляк знает о случае миэлогенной лейкемии с лейкоцитозом в 350 тысяч, где под влиянием лечения бензолом селезенка и печень значительно сократились и лейкоцитоз пал до 60 тысяч. По прекращении бензолотерапии появился редицив.

2. Проф. Рубашев демонстрировал 18-летнего больного, у которого были явления Gangraenae spontaneae. В анализе не имеется ни одного этиологического момента, которым можно было бы об'яснить его болезнь. Сделана периартериальная симпатикоэктомия, затем профессором Оппелем удалены надпочечники, но без результата. В настоящее время пришлось прибегнуть к ампутации. Этот случай

пошатнул прежний взгляд докладчика на целесообразность симпатикоэктомии при этих заболеваниях.

Д-р Корчиц сообщает, что он в трех подобных случаях применял симпатикоэктомию и в двух из них он достиг удивительно хороших результатов. Поэтому совершенно отказаться от этой операции нет основания.

3. Д-р Кантор демонстрировал больного из клиники профессиональных болезней с атрофией зрительных нервов на почве свинцового отравления. Больной представляет интерес, как случай чисто профессионального заболевания и по течению заболевания и преимущественному поражению зрительного аппарата. В анамнезе приступы головной боли и запоры. В начале заболевания понижение остроты зрения и констатирована будто свинцовая кайма. Через 8 месяцев снят с работы. В настоящее время из прочих симптомов свинцового отравления имеется симптом Телека и парэстезия на концах пальцев. RW крови и спинномозговой жидкости отрицательная; без особенностей и другие серологические реакции, а также реакция с мастикой. Ранних симптомов свинцового отравления—свинцового колорита, свинцовой каймы, базофильной зернистости, гематопорфинурии—у больного в настоящее время не обнаружено.

На предложенные вопросы докладчик ответил, что кровяное давление не повышено, не было никаких явлений со стороны головных и других нервов, не было никаких местных заболеваний.

Проф. Бурак советует тщательно исследовать орган слуха, ибо, если бы там нашлось какое-нибудь поражение, то это еще более подтвердило бы диагноз. В данном случае трудно также исключить lues hereditaria, но принимая во внимание совокупность всех симптомов, приходится остановиться на диагнозе докладчика.

4. Д-ра Цыпкин и Мангейм. *Влияние спленэктомии на заживление костных переломов.* Опубликованная работа Schönbauer'a по этому вопросу дала повод докладчикам проверить полученные им результаты и они проделали 20 опытов удаления селезенки у кроликов с переломом костей. Докладчики пришли к совершенно другим выводам, чем Schönbauer, а именно: 1) Рентгенографические и микроскопические исследования показали, что удаление селезенки не препятствует своевременному образованию костной мозоли. Срок в 5-7 недель является для этого вполне достаточным. Все стадии образования костной мозоли соответствуют норме. 2) Наблюдения авторов, утверждающих, что через 2-3 месяца после спленэктомии они видели образование только хрящевой мозоли, не подтверждаются.

В прениях принимали участие д-р Мирер, профессора Соколовский, Бурак и Рубашев.

Председатель проф. Титов отметил чуткость докладчиков к работам, трактующим о регенерации костной ткани. Стоило появиться в печати статье Schönbauer'a, как докладчики взялись проверить результаты его исследований. Путем тщательно обставленных опытов авторы пришли к совершенно обратным результатам. Является вопрос, на чьей стороне правда. Принимая во внимание методы, которые применялись нашими докладчиками при поставленных ими опытах, и добросовестность их выполнения, надо склониться в пользу последних.

Секретарь **М. Поляк.**

ХРОНИКА

Подготовка к празднованию десятилетия Октября. НКЗдравом разработан план и даны указания местам о проведении празднования 10-й годовщины Октябрьской Революции.

По полученным сведениям на местах идет деятельная подготовка к проведению намеченных мероприятий, как-то: открытие сан-просвет уголков в лечебных заведениях, организация кружков первой помощи, проведение конкурса на здорового ребенка, премирование санкомиссий при сель-советах и комиссии охраны труда на предприятиях и т. д. К этому же моменту будут приурочены открытие и закладка ряда новых учреждений.

НКЗдравом намечается издание плаката, характеризующего достижения Советского Здравоохранения, а также выпуск специального номера „Беларускай Мэдычнай Думкі".

Пятилетний план НКЗ. Нарк. Здрав. БССР тов. М. И. Барсуковым на пленуме ЦП Союза Медсантруд 13 IX—1927 г. был сделан доклад о пятилетнем производственном плане НКЗдрава, по которому была принята следующая резолюция.

1. Заслушав доклад тов. Барсукова о построении пятилетнего производственного плана НКЗдрава БССР, пленум считает принципы построения производственного плана и взятый НКЗ профилактический уклон в построении медико-санитарной сети правильным и одновременно констатирует необходимость систематического уточнения плана в порядке проведения его в жизнь.

2. Пленум считает необходимым уточнение измерителей, связанных со штатами, от правильного построения которых зависит качество работы лечебно-санитарных учреждений.

3. В плане должна иметь отражение также и потребная НКЗ БССР рабочая сила на протяжении пяти лет, наравне с расширением сети, исходя из изменений измерителей.

4. Пленум считает необходимым НКЗ выработать перспективы роста зарплаты в размере пятилетнего плана.

5. Пленум поручает НКЗ БССР выработать дополнительный план развития аптечной сети в Белоруссии.

6. Пленум предлагает НКЗ БССР совместно с НКПросом разработать план медфармобразования и переквалификации медаптперсонала.

Доклад НКЗ на VI Всебелорусском с'езде профсоюзов. На предстоящем VI-м Всебелорусском с'езде профсоюзов Нарком. Здрав. тов. М. И. Барсуковым будет сделан доклад „О медобслуживании застрахованных".

Утверждение госбюджета НКЗ. Совнаркомом БССР утвержден госбюджет Наркомздрава в сумме 2.162.500 рублей.

Научные учреждения НКЗ. По бюджету, утвержденному на 1927-1928 год, НКЗдравом открывается Санитарно-Гигиенический Институт. Помимо того Минский Тубдиспансер реорганизуется в Туберкулезный Институт. Институт Социальной Гигиены значительно расширяется и переходит в ведение НКЗдрава.

Постройка нервного санатория. Впервые начинают использовываться бальнеологические свойства источников Белоруссии. В Полоцком округе, в Барковщизне, известной своими железистыми источниками, открывается санаторий для нервных больных и выздоравливающих после острых нервных заболеваний.

Генеральный план постройки санатория на 50 коек расчитан на три года. Стоимость по проекту исчисляется в 225 тыс. рублей.

В этом году приступлено будет к постройке зданий на 20 чел. больных с расчетом открыть функционирование санатория в июне июле м-це 1928 г.

Закладка приурочена ко дню годовщины Октябрьской Революции.

Новый выпуск врачей. В начале октября состоится выпуск врачей Б. Г. У.

Оканчивает курс 160 человек, по примеру прошлых лет НКЗдравом будет предоставлено 40 стипендей для стажирования по определенной специальности в течение года.

„Неделя охраны здоровья“. „Неделя охраны здоровья“ в школах проводится Наркомздравом совместно с Наркомпросом уже второй раз, „Неделя“ ставит себе целью, с одной стороны—привлечение внимания широких общественных масс к нуждам школы, с другой стороны—имеет в виду проведение целого ряда мероприятий, направленных к оздоровлению школы и детей. Для осуществления этой цели организованы комиссии центральная, окружные, районные и пришкольные, в состав которых входят представители от педагогов, врачей, родителей учащихся, Комсомола и Женотдела.

Прошлогодний опыт проведения „Недели“ показал всю жизненность этого мероприятия. Родители совместно с педагогами и учащимися обследовали почти все школы, и в результате этой работы на средства родителей во многих школах были закуплены кипятильники, кубы, плевательницы, полотенца, устроены форточки, фрамуги, почти во всех школах произведена тщательная уборка помещения и усадьбы школы. Большим достижением этой „Недели“ является введение горячих завтраков во многих городских школах.

В этом году при проведении „Недели“ будут особо подчеркнуты следующие моменты: горячие завтраки, зимние площадки для физически слабого школьника и организация коллективного посещения бани школьниками.

Неделя будет проведена с 15 по 22 октября.

Участие страхфонда в мероприятиях ОЗД. 20-го сентября 1927 г. на Бюро ЦК ЛКСМБ был заслушан доклад Наркомздрава об охране здоровья детей и подростков. Была принята резолюция о повышении участия страхфонда („Г“) в мероприятиях по ОЗД и П до 4 проц.

Опыт патроната грудных детей по гор. Минску Семимесячный опыт патроната грудных детей (с 1-X 1926 по 1-V 1927) уже выявил целый ряд данных, которые уже могут дать ряд выводов.

П/отдел охраны материнства и младенчества еще до 1/X 26 г., отдавал детей на воспитание. Определенных для этой цели сумм не было. Обследования производили специальные сестры Совета социальной помощи. Дальнейшие наблюдения и обследования ложились на консультации. Всего за это время было отдано 14 детей. Отсутствие плановости в работе не дало возможности сделать соответствующие наблюдения и выводы. Выдавалось 10—15 р. в месяц на ребенка.

С октября 1926 года работа по патронату сосредоточивается в Доме грудного ребенка. По смете отпускается 7.200 рублей в год, считая 20 р. на ребенка в месяц, всего на 30 детей. Окрпомдет отпустил 425 р. Был приглашен специальный врач для заведывания патронатом и прикреплено 5 делегаток Горсовета. Семьи, куда намечается отдача детей, обследуются врачем совместно с делегатками. Кроме того, приемные матери направляются в Туб. Диспансер и Пастеровский Институт (реакция Вассермана) для исследования состояния здоровья. Врач посещает ребенка 2 раза в месяц, один раз в месяц дети направляются в консультацию.

Всего за истекший период выдано 39 детей, а с прошлогодними—44.

Подводя предварительные итоги патроната, можно определенно сказать: общее состояние детей улучшилось, смертность невелика; процент заболеваемости меньше, чем у детей в закрытых учреждениях; отношение к детям большей частью хорошее и зачастую любовное. Необходимо опыт продолжать, увеличив число отдаваемых детей.

О курсах по охране материнства и младенчества. С 1-го марта по 1-е мая с. г. при НКЗ были организованы 2-х месячные курсы сестер по охране материнства и младенчества. При организации этих курсов НКЗ ставил себе целью:

1. Дать работникам стационарных охматмладовских учреждений (яслей, домов ребенка)—подготовку в области ухода за детьми и особенно—подготовить их к работе педагогической в охматмладовских учреждениях.
2. В виду расширения сети учреждений (райконсультаций, полевых ясель)—НКЗ считал целесообразным подготовить резервный кадр работников из состава безработных членов союза Медсантруд.
3. Кроме того, в виду функционирования курсов на территории г. Минска—было намечено дать теоретическую подготовку работникам Минских учреждений, не отрывая их от работы в своих учреждениях.

Для работы курсов была намечена программа с разделением на теоретический и практический курс.

На организацию курсов было отпущено 1400 р. по госбюджету—на 20 чел. Были получены дополнительно еще 1400 р., по фонду „Г"—еще на 13 чел. Таким образом, курсы обслужили 32 чел. (1 место не было использовано), которые с'ехались из всех округов Белоруссии—с оплатой по 30 руб. в месяц, кроме работников гор. Минска, не получавших стипендиий.

Кроме того, на курсах было 40 чел. вольнослушателей, большая часть которых—работники охматмладовских и частично лечебных учреждений. В целях выдвижения дана была возможность пройти курсы двум санитаркам охматмладовских учреждений.

Подводя итоги курсам нужно отметить, что курсы подняли квалификацию сестер охматмладовских учреждений, что подтверждается результатом проверки знаний.

Удачный подбор командированных Окрздравами работников даст возможность оживить педагогическую работу на местах.

Об окружных курсах для подготовки работников сельских яслей. Впервые в 1927 г. для подготовки работников летних яслей были организованы во всех округах курсы. Основной задачей курсов было—подготовить работников для яслей из среды крестьянок. Наркомздравом была выработана программа, расчитанная на 6 недель. Средства для организации курсов по бюджету не были предусмотрены, пришлось

строить их на кустарных началах. НКЗ было отпущено всем округам по 150 р. из фонда охматмлада, в некоторых округах часть средств выделил Окрисполком (Минск—300 р., Мозырь—50 р.), часть средств выделили Деткомиссии (Полоцк—150 р, Орша—45 р.). Принял материальное участие и Красный Крест (Могилев—125 р.). Всего на курсы было израсходовано по Белоруссии 2250 руб., т. е. в среднем на каждые курсы приходится по 280 р., что совершенно недостаточно.

Продолжительность курсов была в среднем 1 месяц. Курсы окончило 217 чел.

Социальный состав слушательниц: крестьянок—47,5 проц., работниц—4,5 проц., служащих—31,8 проц., прочих—16,2 проц.

Партийных 35 проц., беспартийных—65 проц.

Из числа слушательниц послано в ясли в качестве завед. 106 ч., в качестве сестер—71, использовано из окончивших 80 проц.

В основном курсы себя оправдали. В дальнейшем необходимо добиться ассигнований по бюджету на организацию этих курсов во всех округах, с целью переподготовки настоящего кадра работников, который необходимо стабилизировать, а также с целью подготовки нового кадра для обеспечения расширяющейся сети.

Письмо в редакцию

К вопросу об усовершенствовании санитарных врачей.

Уже год, как Белорусская санитарная организация сделала резкий поворот в деле уточнения своих задач, в деле акцента на основных моментах своей деятельности, т. е. на санитарной технике, являющейся основой оздоровления как города, так и села. Совершенно вычеркнув из своей деятельности моменты лечебной медицины (койки по заразным и социальным болезням), она тем самым во главу угла поставила вопросы коммунального благоустройства. Новые требования и новые задачи, выдвинутые перед санорганизацией, ставят перед ней вопрос, подготовлена ли она сейчас к овладению этими задачами и руководству вопросами санитарной техники. Конечно нет, ибо большинство санитарных врачей кончало высшую медицинскую школу тогда, когда перед ней стояли и решались вопросы клинической медицины, когда социально-гигиенические предметы были на задворках, часть же санитарных врачей последних выпусков тоже не может считать себя подготовленным к указанным выше задачам, хотя профилактические кафедры уже в большей мере включены в об'ем университетского курса, и обнаруживают полное незнакомство с вопросами санитарной техники и слабую подготовку по вопросам социальной гигиены.

Может ли санитарный врач получить сейчас соответствующего рода подготовку, т. е. повысить уровень своих социально-гигиенических и санитарно-технических знаний? Существуют сейчас всевозможные курсы по усовершенствованию санитарных врачей в Ленинграде и в Москве (на последних я и сам был), и, по моему мнению, и по отзывам других врачей курсы не дают того, что нужно санитарному врачу и что особенно нужно в настоящую минуту санитарному врачу Белоруссии. Правда, вопросы санитарной техники читаются на курсах, но подход к этому чисто-теоретический, нет практических занятий в этой области (обсуждение проектов), и чаще всего после курсов выносится большое количество знаний, практически мало приложимых к жизни. На первом-же заседании, при обсуждении проектов с техниками, инженерами, попадаешь впросак, ибо технические вопросы для тебя terra incognita.

Для наших белорусских условий, при особых требованиях, пред'являемых санитарно-технической отсталостью Белоруссии и вытекающими отсюда задачами и требованиями, стоящими перед санорганизацией с другой, властно ставится вопрос, как быть.

Необходимо где-либо дать эти санитарные технические знания. Лучше всего было бы создание в центре социально-гигиенического института (а не сан-бактериологического), где были-бы соответствующие отделения для усовершенствования санитарных врачей. В области санитарной техники или соответствующие курсы на 1-2 года необходимо создать в Политехнических институтах.

Без создания такой базы научного усовершенствования технических знаний санврачей, санитарная армия рискует остаться без воина. Дальнейшее промедление невозможно. Растущее строительство страны, либо оставит в стороне санврачей, перешагнув через них, и санитарные врачи не смогут дать должного руководства работе, либо вопросы строительства и благоустройства перейдут в руки санитарной организации.

Соответствующим органам в интересах скорейшего оздоровления страны и в интересах санорганизации—этот вопрос следует разрешить в ближайшее время.

Л. Гурвич.

ЦАНА 1 руб.